



GAZETA AMG



GDĄSK 997-1997®

Rok 7 nr 1 (73)

Styczeń 1997

Cena 1 zł



Fot. J. Ukiejewski. Gdańsk - złota księga skarbów kultury. Gdańsk: Przekaz, 1995

„Na południowo-wschodnim narożniku Ratusza Głównego Miasta zegar słoneczny zaprojektowany przez uczonego miłośnika ksiąg A. Glasera i umieszczony tu przezeń w 1589 roku, zasmuca refleksyjną maksymą:

„*Umbra sunt dies nostri*” („*Cieniem są dni nasze*”). Ale świadomość, że to zegar zrekonstruowany na odbudowanym z ruin Ratuszu, przypomina o woli trwania wbrew ceniom, o upartym dążeniu ku słońcu.”

M. A. Szypowscy: *Serce Gdańska odwiecznego portu Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: Fundacja Artibus-Wurlitzer i Dom Słowa Polskiego, 1996.

**Przyszłość AMG
jest już dzisiaj - str. 7**

**STN - o co walczymy
- str. 29**

W imieniu Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku, władz Uczelni i własnym z okazji Nowego Roku 1997 składam najlepsze życzenia całej wspólnocie akademickiej naszej Uczelni, nauczycielom akademickim, lekarzom, pielęgniarcom, pracownikom administracji Uczelni i Państwowych Szpitali Klinicznych. Pragnę przekazać wyrazy podziękowania i uznania za rzetelną pracę, za trud i poświęcenie w roku minionym w stale jeszcze niełatwej codzienności.

Wszystkim moim Koleżankom i Kolegom, Nauczycielom Akademickim życzę zadowolenia i dalszych osiągnięć w nauczaniu, pracy naukowej i zawodowej dla dobra chorego i pomyślnej przyszłości naszej Uczelni.

Studentom wszystkich roczników życzę pilności, dociekliwości i odpowiedzialności w zdobywaniu wiedzy, postępów w nauce, dobrych ocen, radości życia.

Rok 1997 zbiega się z ważnym wydarzeniem historycznym - Gdańsk, nasze miasto obchodzić będzie swoje milenium, swoje 1000-lecie. W 1997 roku życzę naszemu miastu, życzę naszej Uczelni dalszego rozwoju, a całej naszej wspólnocie akademickiej - pomyślności, zadowolenia z pełnionych obowiązków, klimatu spokoju, wzajemnego zrozumienia, wyrozumiałości, spełnienia zamierzeń, życzę powodzenia.

Szczęśliwego Nowego Roku 1997! Do siego Roku!

prof. Zdzisław Wajda
Rektor

KRONIKA ŻYCIA UCZELNI

Informacja medyczna bliżej użytkowników



11 GRUDNIA 1996 R. - UROCZYSTE OTWARCIE NOWEJ SIEDZIBY KATEDRY I ZAKŁADU MEDYCyny RODZINNEJ

str. 21



Nowy aparat w Katedrze i Zakładzie Biologii i Genetyki

Katedra i Zakład Biologii i Genetyki AMG informuje, że zakupiła aparat CytoVision Ultra służący do automatycznej analizy obrazu mikroskopowego. Aparat ten został zakupiony ze środków uzyskanych z Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, w ramach ogłoszonego konkursu tegorocznego programu DIAMOL.

Kolejny etap komputeryzacji Biblioteki Głównej

Z początkiem nowego roku akademickiego w Bibliotece Głównej został uruchomiony serwer komputerowy do sieciowej wersji bazy *Medline*. Po okresie testowania zakupionego sprzętu i programów, Centrum Komputerowe AMG, będące administratorem systemu, przystępuje do instalacji oprogramowania dla poszczególnych jednostek organizacyjnych AMG, o czym informujemy wszystkich Kierowników Katedr, Klinik i Zakładów. Zainteresowani założeniem konta na serwerze zechcą złożyć wnioski. Druki są dostępne w Czytelnii Informacji Naukowej oraz w Centrum Komputerowym AMG.

W Czytelnii Informacji Naukowej Biblioteki Głównej AMG udostępniono stanowisko komputerowe dla czytelników. Zainteresowani mogą samodzielnie wyszukiwać i nagrywać na dyskietki informacje z baz danych *Medline* i *Polska Bibliografia Lekarska*.

Baza *Polska Bibliografia Lekarska* zawiera polskie piśmiennictwo medyczne za lata 1979 - 1995 zgromadzone w około 185 tys. rekordach. Baza zakupiona w Głównej Bibliotece Lekarskiej w Warszawie rejestruje artykuły z blisko 250 czasopism medycznych i dziedzin pokrewnych, książki i ich fragmenty, referaty ze zjazdów oraz niepublikowane prace doktorskie.

Jednocześnie przypominamy, że w Czytelnii Informacji Naukowej:

1. *Current Contents - Life Sciences i Clinical Medicine* udostępnia się na dyskietkach 3.5" z możliwością ich wypożyczania i wykorzystania na własnym komputerze

2. osoby zainteresowane mogą tak jak do tej pory zamawiać zestawienie bibliograficzne (ewentualnie uzupełnione streszczeniami) z posiadanych baz danych *Medline* (1983 - 1995), *Polska Bibliografia Lekarska* (1979 - 1995) i *Drugs and Pharmacology* (1991 - 1996). Zestawienie zostaje nagrane na dyskietkę dostarczoną przez czytelnika.

Na marginesie warto podać, że w roku bieżącym wykonano 1850 komputerowych zestawień bibliograficznych na indywidualne zamówienie czytelników.



Z posiedzenia Senatu AMG w dniu 25 listopada 1996 r.

Senat naszej Uczelni jednogłośnie przyjął, że emerytowani profesorowie pełniący przed odejściem na emeryturę funkcję kierownika jednostki mogą, na uzasadniony wniosek nowego kierownika, być zatrudnieni w AMG. Wynagrodzenie przez nich otrzymywane nie powinno przekroczyć 60% tzw. kwoty bazowej, a forma umowy zostanie każdorazowo ustalona przez JM Rektora.

Również jednogłośnie przyjęte zostały, zgłoszone do planu MZiOŚ i KBN, zadania inwestycyjne na 1997 r. oraz program inwestycji budowlanych Uczelni do roku 2000.

A. Zadania zgłoszone do planu MZiOŚ i KBN na 1997 r.:

1. Kuchnia Centralna PSK nr 1,
2. Instytut Chirurgii - Kliniczne Centrum Zabiegowe PSK nr 1,
3. Kofownia PSK nr 1,
4. budynek nr 5 - PSK nr 1,
5. wykonanie wymiany dachu - budynek PSK nr 2,
6. modernizacja dwóch sal operacyjnych - PSK nr 2,
7. budowa infrastruktury technicznej (rozpr. tlen, stacja itp.) - PSK nr 2,
8. rozbudowa i modernizacja OIOM - PSK nr 3,
9. modernizacja i rozbudowa Kuchni PSK nr 3,
10. Zakład Medycyny Sądowej,
11. modernizacja i adaptacja Zakładów Teoretycznych,
12. Medycyna Doświadczalna z Centralną Zwierzętarnią (MZiOŚ i KBN),
13. Dom Studenta nr 3,
14. Dom Studenta nr 4.

Rozpoczęcie ww. zadań jest uzależnione od decyzji MZiOŚ i KBN odnośnie rozpoczęcia finansowania zadań w 1997 r.

B. Program inwestycji do 2000 roku:

1. Kliniczne Centrum Zabiegowe (Instytut Chirurgii) wraz z pasażem i zapleczem dydaktycznym,
2. Zakład Medycyny Sądowej,
3. Kuchnia Centralna PSK nr 1,
4. Instytut Stomatologii,
5. Instytut Położnictwa i Chorób Kobiety,
6. II etap Zakładów Teoretycznych,
7. Studium Wychowania Fizycznego i Sportu z ośrodkiem rekreacji,
8. Medycyna Doświadczalna z Centralną Zwierzętarnią.

Senat, po zapoznaniu się z ekspertyzami dotyczącymi nadbudowy budynku nr 8, podjął także decyzję upoważniającą do rozpoczęcia kontynuacji nadbudowy - w ramach przydzielonych na 1996 r. środków w wysokości 1.000.000 zł. Jednocześnie Senat zobowiązał władze Uczelni do przeprowadzenia uzgodnień pomiędzy bezpośrednimi użytkownikami, z udziałem dyrekcji PSK nr 1, odnośnie ostatecznego przeznaczenia nadbudowywanych pomieszczeń.

dr n. pryr. Sławomir Bautembach
Dyrektor Administracyjny

W dniu 1 grudnia 1996 r. zmarł w wieku 55 lat

prof. dr hab. Andrzej SZCZUROWICZ

Kierownik II Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety Akademii Medycznej w Gdańsku, absolwent Akademii Medycznej w Lublinie, znakomity organizator pracy, doświadczony klinicysta i operator w zakresie ginekologii i położnictwa, zasłużony nauczyciel akademicki, autor szeregu publikacji naukowych.

Zaskarbił sobie powszechny szacunek i życzliwość całej naszej wspólnoty akademickiej oraz powierzonych Jego opiece chorych.

W numerze...

Komputeryzacja w Bibliotece Głównej ...	2
Nowy zakup w K. i Z. Biologii i Genetyki ...	2
Z posiedzenia Senatu AMG	3
Powołani przez JM Rektora AMG	4,5
Annales AMG u Rektora	5
Petycja do władz państwowych	6
Odpowiedzi na ankietę JM Rektora cz.3 ...	7
Wystąpienie Dyrektora PSK nr 1	11
Urlopy wypoczynkowe	11
Działalność Uczelni	
w kadencji władz 1993-1996	12
Gratulacje JM Rektora	14
Pismo Ministra ZIOŚ	14
Pismo Rektora do wojewody	14
O żywieniu pozajelitowym	16
Rola dietetyczki w prowadzeniu chorego dializowanego	17
100-lecie pomiarów ciśnienia	18
Światowy Dzień Zwalczenia Cukrzycy ..	20
Nowa siedziba Katedry Medycyny Rodzinnej	21
Etyka dziennikarska	22
Sekcja Kocińska AKP	24
Wspomnienia o Prof. T. Reichsteinie ...	25
„Turystyka Naukowa”	26
Sekcja Pływacka AZS AMG	27
Uczelniany Samorząd Studencki	28
Studenckie SOS	28
Koło PCK działa ponownie!	28
Dzięki za Adapciaki'96	28
Radio MEDYK	28
Cieciorkowy bal	28
STN - o co walczymy?	29
Towarzystwa	30
Kadry AMG i PSK nr 1	31
Letnia Szkoła Biotechnologii	32

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

prof. dr hab. Marek Hebanowski, prof. dr hab. Brunon Imieliński (red. naczelny), prof. dr hab. Roman Kaliszan, prof. dr hab. Marek Lato-szek, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), dr Emilia Mierzejewska, dr Aleksander Stanek, sekretarz red.: mgr Danuta Gołębiewska, red. techniczna: mgr Tadeusz Skowrya.

Adres redakcji: Biblioteka Główna AMG, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 47-82-22 wew. 10-40, e-mail: gazeta@amedec.amg.gda.pl; www: http://www.amg.gda.pl/NAMG/GAZETA_AMG/

Rej.: 1217/96, nakład: 1000 egz.

Wydanie dofinansowane przez KBN

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

Warunki prenumeraty:

Cena prenumeraty krajowej na 1997 r. wynosi 12 zł, pojedynczego numeru 1 zł; w prenumeracie zagranicznej - 1 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Wielkopolski Bank Kredytowy S.A.
Oddz. Gdański 10901098-488-128-00

W imieniu Senatu powołani przez JM Rektora AM w Gdańsku na okres kadencji 1996-1999

Pełnomocnicy Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku

Pełnomocnik Rektora ds. studentów zagranicznych
dr hab. med. Michał Woźniak

Pełnomocnik Rektora ds. budowy Instytutu Kardiologii
dr hab. med. Mirosława Narkiewicz, prof. nzw.
zastępca pełnomocnika
dr hab. med. Janina Suchorzewska, prof. nzw.
dr med. Andrzej Urbański

Pełnomocnik Rektora ds. budowy Instytutu Chirurgii
dr hab. med. Kazimierz Krajka, prof. nzw.
zastępca pełnomocnika
dr hab. med. Janusz Jaśkiewicz

Pełnomocnik Rektora ds. organizacji studiów
pielęgniarskich
dr hab. med. Zbigniew Nowicki, prof. nzw.
zastępca pełnomocnika
dr hab. med. Stanisław Bakuta

Pełnomocnik Rektora ds. budowy Katedry i Zakładu
Medycyny Sądowej
dr hab. med. Roman Hauser, prof. nzw.

Pełnomocnik Rektora ds. AIDS w Akademii Medycznej
w Gdańsku
dr med. Hanna Trocha

Pełnomocnik Rektora ds. transplantacji narządów
prof. dr hab. med. Wojciech Gacyk

Pełnomocnik Rektora ds. zorganizowania Zakładu
Medycyny Doświadczalnej
dr hab. med. Zbigniew Śledziński
zastępca pełnomocnika
dr med. Marek Dobosz

Pełnomocnik Rektora ds. organizacji Regionalnego
Centrum Diabetologicznego
prof. dr hab. med. Czesław Wójcikowski

Poczet Sztandarowy
chorąży lek. med. Jacek Gulczyński
zastępca chorążego mgr farm. Paweł Korneluk

Rzecznik prasowy
dr med. Zbigniew Jankowski

Senacka Doraźna Komisja do Uregulowania Spraw Lokalowych

przewodniczący
dr hab. Józef Jordan, prof. nzw.
zastępca przewodniczącego
prof. dr Józef Szczekot
członkowie
prof. dr Henryk Foks
prof. dr Andrzej Hellmann
prof. dr Jerzy Lipiński
dr hab. Zbigniew Śledziński
prof. dr Edward Witek

W pracach Komisji biorą również udział P.P. Prorektorzy,
Dziekani i Dyrektor Administracyjny.

Senacka Komisja Spraw Nauczycieli Akademickich

przewodniczący
prof. dr Jerzy Krechniak
zastępcy przewodniczącego
prof. dr Janusz Galiński
dr hab. Piotr Szefer, prof. nzw.
sekretarz
mgr Lucyna Huryn

Zespół Wydziału Lekarskiego (dyscypliny podstawowe)
przewodniczący dr hab. Janusz Moryś
- prodziekan
członkowie dr hab. Witold Juzwa, prof. nzw.
prof. dr Julian Świerczyński

Zespół Wydziału Lekarskiego (dyscypliny zachowawcze)
przewodniczący dr hab. Andrzej Rynkiewicz, prof. nzw.
- prodziekan
członkowie prof. dr Jan Stępiński
prof. dr Andrzej Kryszewski

Zespół Wydziału Lekarskiego (dyscypliny zabiegowe)
przewodniczący dr hab. Jan Skokowski, prof. nzw.
- prodziekan
członkowie prof. dr Andrzej Kopacz
prof. dr Jerzy Lipiński

**Zespół Wydziału Lekarskiego Oddziału Stomatologicz-
nego (dyscypliny stomatologiczne)**
przewodnicząca dr hab. Jadwiga Sadlak-Nowicka, prof. nzw.
- prodziekan
członkowie prof. dr Halina Tejchman
prof. dr Edward Witek

Zespół Wydziału Farmaceutycznego
przewodnicząca dr hab. Wiesława Stożkowska, prof. nzw.
- prodziekan
członkowie dr hab. Wojciech Czarnowski, prof. nzw.
dr hab. Irena Kozakiewicz, prof. nzw.

**Zespół oceny nauczycieli akademickich zatrudnionych
w jednostkach międzywydziałowych AMG**
przewodniczący dr hab. Zenon Aleksandrowicz, prof. nzw.
- prorektor
członkowie prof. dr Janusz Galiński - dziekan
dr hab. Piotr Szefer, prof. nzw. - dziekan

Zespół oceny członków władz uczelni i profesorów AMG

przewodniczący prof. dr Adam Bilikiewicz
członkowie prof. dr Eugenia Częstochowska
prof. dr Józef Szczekot
prof. dr Edward Witek
prof. dr Leon Żelewski

Zadania i zakres działalności Komisji określa §25 ust.3
pkt.3, ust.9 pkt.3 Statutu Akademii Medycznej w Gdańsku.

W imieniu Senatu powołani przez JM Rektora AM w Gdańsku na okres kadencji 1996-1999

Komisja Dyscyplinarna dla Studentów Akademii Medycznej w Gdańsku

przewodniczący

dr hab. med. Józef Jordan, prof. nzw.

zastępca przewodniczącego

prof. dr Wojciech Gacyk

członkowie

prof. dr Ryszard Piękoś

dr hab. med. Adam Włodarkiewicz, prof. nzw.

stud. Edyta Żmuda (V Oddz. Stom.)

stud. Maciej Cherek (V Wydz. Lek.)

stud. Anna Kobylńska (IV Wydz. Farm.)

rzecznik dyscyplinarny

dr hab. med. Andrzej Roszkiewicz, prof. nzw.

zastępca rzecznika

dr hab. farm. Marek Wesotowski, prof. nzw.

Odwoławcza Komisja Dyscyplinarna dla Studentów Akademii Medycznej w Gdańsku

przewodniczący

prof. dr Zenon Ganowiak

zastępca przewodniczącego

prof. dr Stefan Smoczyński

członkowie

dr hab. med. Jolanta Borowska-Lehman, prof. nzw.

dr hab. med. Wiesława Łysiak-Szydtowska, prof. nzw.

stud. Joanna Jacewicz (VI Wydz. Lek.)

stud. Jakub Puchała (V Wydz. Lek.)

stud. Katarzyna Mech (IV Wydz. Farm.)

rzecznik dyscyplinarny

prof. dr Andrzej Kopacz

zastępca rzecznika

prof. dr Andrzej Szutowicz

Rada Biblioteczna Akademii Medycznej w Gdańsku

przewodnicząca

mgr fil. Józefa de Laval

przedstawiciele:

Rady Wydziału Lekarskiego

dr hab. Zygmunt Chodorowski, prof. nzw.

prof. dr Wiesław Makarewicz

prof. dr Julian Stolarczyk

dr hab. Jadwiga Sadlak-Nowicka, prof. nzw.

Rady Wydziału Farmaceutycznego

prof. dr Ryszard Piękoś

Biblioteki Głównej

mgr Ewa Michałowska

mgr Maryla Grzonka

Samorządu Studenckiego

stud. Grzegorz Kozera (V Wydz. Lek.)

Zadania i zakres działalności Rady określają §55 - 59 Statutu Akademii Medycznej w Gdańsku.

Przedstawiciele Samorządu Studenckiego do Senackich i Uczelnianej Komisji

Senacka Komisja ds. Studenckich

Dagmara Karczewska (III Oddz. Stom.)

Agnieszka Olszewska (V Oddz. Stom.)

Marta Świerczyńska (III Wydz. Lek.)

Paweł Bobkowski (II Wydz. Farm.)

- przewodniczącym jest prorektor dr hab. med. Zenon Aleksandrowicz, prof. nzw.

Senacka Komisja ds. Wydawnictw

Agnieszka Grzyb (II Oddz. Stom.)

Piotr Brożek (II Wydz. Farm.)

- przewodniczącym jest prof. dr Józef Szczekot

Uczelniana Komisja ds. Regulaminu Studiów

Michał Wiśniewski (III Wydz. Lek.)

Jacek Szmigiel (II Wydz. Farm.)

- przewodniczącym jest dr hab. med. Marek Grzybiak, prof. nzw.

Zespół Redakcyjny *Gazety AMG*

redaktor naczelny

prof. dr Brunon L. Imieliński

zastępca redaktora naczelnego

mgr Józefa de Laval

członkowie

prof. dr Marek Hebanowski

prof. dr Roman Kaliszan

dr hab. Marek Latoszek, prof. nzw.

dr med. Emilia Mierzejewska

dr med. Aleksander Stanek

sekretarz redakcji

mgr Danuta Gotębiewska

redaktor techniczny

mgr Tadeusz Skowrya

Annales Academiae Medicae Gedanensis

W dniu 4 grudnia br. odbyło się spotkanie JM Rektora prof. Zdzisława Wajdy z zespołem redakcyjnym *Annales Academiae Medicae Gedanensis*. Na wstępie Rektor wręczył członkom Redakcji medale pamiątkowe Akademii Medycznej w Gdańsku w dowód wdzięczności za wkład pracy w przygotowanie jubileuszowych wydawnictw, w szczególności XXV tomu *Annales* wraz z 5 suplementami. Redakcja ze swej strony przedstawiła proponowane kierunki dalszej działalności, m.in. planuje się przejście na drukowanie wydawnictwa we własnym zakresie, co nie tylko uprości czynności przygotowawcze, ale również obniży koszty wydawnicze. Propozycje Redakcji spotkały się z aprobatą JM Rektora.

Protest

NSZZ „Solidarność” Akademii Medycznej i Państwowych Szpitali Klinicznych w Gdańsku zorganizował w dniu 9 gru-

dnia 1996 roku wiec protestacyjny, w czasie którego na ręce JM Rektora prof. Zdzisława Wajdy złożono petycję. Wiecujący zobligowali JM Rektora do przekazania treści petycji Prezydentowi RP Aleksandrowi Kwaśniewskiemu i Premierowi RP Włodzimierzowi Cimoszewiczowi.

Gdańsk, dnia 10 grudnia 1996 r.

*Pan
Aleksander Kwaśniewski
Prezydent
Rzeczypospolitej Polskiej
Warszawa*

Wielce Szanowny Panie Prezydencie.

W załączeniu przesyłam Panu Prezydentowi petycję wręczoną mi przez uczestników i organizatorów wiecu - NSZZ „Solidarność” AMG i PSK - w sprawach poprawy warunków pracy i sposobów finansowania służby zdrowia.

Łączę wyrazy należnego szacunku

*prof. dr hab. Zdzisław Wajda
Rektor*

Gdańsk, dnia 10 grudnia 1996 r.

*Pan
Włodzimierz Cimoszewicz
Premier Rządu
Rzeczypospolitej Polskiej
Warszawa*

Wielce Szanowny Panie Premierze.

W załączeniu przesyłam Panu Premierowi petycję wręczoną mi przez uczestników i organizatorów wiecu - NSZZ „Solidarność” AMG i PSK - w sprawach poprawy warunków pracy i sposobów finansowania służby zdrowia.

Łączę wyrazy należnego szacunku

*prof. dr hab. Zdzisław Wajda
Rektor*

P E T Y C J A

My, pracownicy Akademii Medycznej i Państwowych Szpitali Klinicznych w Gdańsku - wyrażamy swoje głębokie zaniepokojenie polityką finansową prowadzoną przez rząd.

Region gdański znajduje się na trzecim miejscu w kraju pod względem skażenia środowiska naturalnego. Jesteśmy również na trzecim miejscu w skali województw pod względem przekazywania środków do budżetu państwa z podatków. Jednak środki finansowe, które wracają na naszą działalność plasują nas na 47, z 49 województw. Dlatego też, nie mogąc pogodzić się z obecną sytuacją, postanowiliśmy podjąć walkę o swoje prawa, przyszłość zakładu, ale także o dobro i zdrowie naszych pacjentów.

Wobec zaistniałej sytuacji domagamy się:

- zapewnienia niezbędnych środków finansowych na ochronę zdrowia
- wprowadzenia reformy ubezpieczeń zdrowotnych wg projektu NSZZ „Solidarność”
- zapewnienia godziwych warunków pracy
- zapewnienia godziwych warunków płacy - co w przypadku pracowników gdańskich szpitali klinicznych oznacza podwyżkę wyższą niż w innych województwach o około 200 zł
- rewaloryzację w 1996 roku płac pracowników służby zdrowia odpowiadającej 5,5% ponad poziom rzeczywistej inflacji
- natychmiastowego wypłacenia waloryzacji za II półrocze 1991 r. i I półrocze 1992 r. zgodnie z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego
- dodanie z rezerwy budżetowej etatów na zwiększone działania Akademii Medycznej i Państwowych Szpitali Klinicznych w Gdańsku.

Gdańsk 1996.12.09

Przewodniczący Wiecu i Komisji Zakładowej
Akademii Medycznej i Państwowych Szpitali Klinicznych w Gdańsku
Mirosław Madej

Przyszłość AMG jest już dzisiaj

WYBRANE ODPOWIEDZI KIEROWNIKÓW NA ANKIETĘ JM REKTORA

CZ. 3

Dla realizacji każdego przedsięwzięcia niezbędne jest spełnienie przynajmniej trzech podstawowych warunków, a mianowicie trzeba:

WIEDZIEĆ CHCIEĆ MÓC

WIEDZIEĆ

Ankietyzacja przeprowadzona z inicjatywy JM Rektora AMG ma umożliwić realizację pierwszego z powyższych warunków, gdyż **pozwala DOWIEDZIEĆ się, jakie są potrzeby, plany i „kondycja” poszczególnych jednostek organizacyjnych i Uczelni. WIEDZIEĆ stanowi *conditio sine qua non* dla bieżącej i przyszłej działalności zakładów, klinik i katedr.**

CHCIEĆ

Zdobyta wiedza o stanie ekonomicznym i organizacyjnym Uczelni może być z pożytkiem wykorzystana tylko wówczas, jeżeli **ogół pracowników AMG, a zwłaszcza kadry kierownicze Uczelni, zakładów, klinik, katedr i administracji ZECHCĄ zintensyfikować działalność na rzecz rozwoju poszczególnych jednostek organizacyjnych i Akademii Medycznej w Gdańsku jako całości.**

Gremialne przystąpienie do spełniania warunku **CHCIEĆ** może okazać się trudne z różnych powodów. Pierwszy to ten, że większość ludzi zawsze niechętnie akceptuje wprowadzane nowości do organizacji pracy i do życia społecznego, a drugi powód związany jest uprzednimi, często negatywnymi doświadczeniami, które spowodowały, że ludzie utracili wiarę w sens i w skuteczność działań pro społecznych. Dlatego też, **aby ci ludzie ponownie chcieli CHCIEĆ, istnieje pilna potrzeba stworzenia konkretnych mechanizmów zachęty**, polegających między innymi na szczodrym nagradzaniu i wyróżnianiu chcących, na finansowym premiowaniu tych, którzy chcą działać i wreszcie na konsekwentnym rozliczaniu każdego pracownika AMG. Formy „dopingu” do *chcenia* nie powstaną ani same z siebie, ani też nie stworzy ich żadne zarządzenie, lecz powinny zostać wypracowane w wyniku zaplanowanej i systematycznej działalności Senatu AMG, Komisji Rektorskich, kierowników jednostek organizacyjnych, doradców z dziedziny psychologii, organizacji pracy i finansów. **Bez instytucjonalnego i konsekwentnego oddziaływania na społeczność Uczelni, powszechne CHCENIE nie zostanie przywrócone, a nawet brak takich oddziaływań może spowodować jeszcze większe zubożenie i negatywizm.**

MÓC

Z odpowiedzi kierowników na ankietę JM Rektora wynika, iż bardzo wielu ankietowanych ma głębokie przekonanie, **że działalność licznych jednostek organizacyjnych AMG można polepszyć bez specjalnych nakładów finansowych, lub angażując tylko niewielkie środki finansowe, na które stać jest obecnie Uczelnię.** Dotyczy to, np. lepszego wykorzystania unikatowej aparatury diagnostycznej i badawczej, która jest obecnie zbyt krótko używana w ciągu dnia, skrócenia czasu „obłożenia” łóżek w niektórych klinikach przez skrócenie czasu oczekiwania na wyniki badań itd.

Wielu ankietowanych podkreśla, że **w niektórych dziedzinach działalności Uczelni, aby MÓC poprawić osiągnięte wyniki, należy też MIEĆ, mieć środki finansowe**, i to często duże. Niestety spełnienie tego typu **MÓC**, które jest silnie uzależnione od **MIEĆ** jest trudne, gdyż finansowanie Uczelni zależy od decyzji ministerstwa, rządu i parlamentu.

Mimo niedoboru środków finansowych, Akademia Medyczna w Gdańsku ma obecnie ogromną i rzadką okazję **rychłej poprawy swojej działalności**, pod warunkiem, że zostaną skrupulatnie wykorzystane i wprowadzone w czyn propozycje i postulaty zgłoszone przez odpowiadających na ankietę Rektora AMG.

Zbiór odpowiedzi kierowników na ankietę jest bogatą skarbnicą informacji o naszej Uczelni i może być załącznikiem twórczej inicjatywy, której realizacja może doprowadzić do szybszego usprawnienia i unowocześnienia działalności Akademii Medycznej w Gdańsku.

Poniżej drukujemy wybrane odpowiedzi na ankietę dotyczące tym razem **działalności usługowo leczniczej**:

WPROWADZENIE

1. Kierownik Katedry i Zakładu Histologii jest zdania, że „**ważną sprawą dla sukcesu w realizacji planów rozwoju AMG jest pokonanie bierności znacznej części naszego środowiska uczelnianego. W tym celu należy na kolejnych Radach Wydziałów omawiać plany i problemy związane z ich realizacją, wciągając w dyskusję ludzi młodych, również delegatów asystentów i adiunktów, gdyż oni przecież będą w przyszłości ponosić konsekwencje realizacji lub braku realizacji tych planów. Należy także więcej pisać o tym w *Gazecie AMG*, ale nie operując ogólnikami, lecz prezentować konkretne problemy**”.

ZAGADNIENIA ORGANIZACYJNE

2. Kierownik Kl. Onkologii i Radioterapii sugeruje: „**należy przeprowadzić szczegółową analizę wykorzystania istniejącej bazy diagnostyczno-leczniczej. Pewne procedury są dość łatwo mierzalne. Przykładem jest liczba badań diagnostycznych wykonywanych przez poszczególne zakłady i pracownie. Liczby te należy odnieść do międzynarodowych norm. Odnoszę wrażenie, że w wielu przypadkach możliwości diagnostyczno-lecznicze nie są w pełni wykorzystywane, przykładowo już obecnie należy podjąć starania o wydłużenie czasu pracy w poszczególnych jednostkach.**”
3. Kierownik II Kliniki Chorób Serca proponuje, aby: zwiększyć liczbę badań diagnostycznych **wykorzystując aparaturę także w godzinach popołudniowych, a w niektórych placówkach także i nocnych** (np. badania angiograficzne).
4. Kierownik Zakładu Rentgenodiagnostyki postuluje aby: **wydłużyć czas pracy laborantów i lekarzy poszczególnych gabinetów w tym Zakładzie, celem skrócenia czasu oczekiwania na poszczególne badania.**
5. Polepszenia organizacji pracy w niektórych jednostkach, np. w radiologii - dla skrócenia czasu oczekiwania na niektóre badania - postuluje Kierownictwo Katedry i Kliniki Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani i Kliniki Gastroenterologii.
6. Kierownik Kat. i Kl. Anestezjologii i Intensywnej Terapii proponuje, aby zapewnić **pełne wykorzystanie posiadanej aparatury i sprzętu** będącego w AMG.
7. **Potrzebę zwiększenia dostępności do badań izotopowych w Zakładzie Medycyny Nuklearnej AMG dla dzieci** - dotyczy to głównie pacjentów z wadami przebiegowymi serca i podejrzanych o zaburzenia przepływu wieńcowego - widzi Kierownik Kliniki Kardiologii Dziecięcej.
8. Kierownik Kl. Chorób Nerek, II Kliniki Chorób Serca i kilku innych Kierowników Klinik proponują, aby **lepiej wykorzystać bazę diagnostyczną i tym sposobem racjonalnie skracać czas pobytu pacjentów w klinikach.**
9. Wprowadzenia badań dodatkowych w trybie przyspieszonym dla Kat. i Kl. Ortopedii domaga się Kierownik tej Kliniki.
10. Kierownik I Kl. Chorób Wewnętrznych i Ostrego Zatrucia **oferuje udostępnienie wykonywanego w I Klinice Chorób Wewnętrznych i Ostrego Zatrucia badania spirometrycznego dla innych klinik Instytutu Chorób Wewnętrznych.**
11. Kierownik I Kliniki Chorób Serca postuluje zwiększenie zakresu pracy Przyklinicznej Przychodni Kardiologicznej szczególnie w dziedzinie prewencji chorób układu krążenia (konieczny własny lokal i personel średni).
12. Kierownik Kl. Onkologii i Radioterapii pisze w ankiecie: „... bardzo istotnym i nierozwiązanym problemem jest **podawanie leków cytostatycznych.** Obecnie większość klinik nie wykonuje tych iniekcji ze względu na obawy personelu

średniego dotyczące toksycznego działania cytostatyków. Wzorem większości dużych szpitali proponuję zorganizowanie w PSK nr 1, a być może także w pozostałych szpitalach klinicznych **centralnych punktów przygotowywania leków cytostatycznych do iniekcji**. Punkty te powinny być zlokalizowane **w aptekach**. Rozpuszczone leki powinny być dostarczane na oddziały, zgodnie z wcześniejszymi zamówieniami. W ten sposób uniknięto by problemu narażania personelu medycznego na szkodliwe skutki towarzyszące procesowi przygotowywania leków do iniekcji”.

13. Kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej uważa, że „należy powiększyć bazę lokalową klinik i zakładów po przeprowadzeniu przez władze Uczelni **wizytacji poszczególnych jednostek organizacyjnych, od piwnic do strychów**, z jednoczesnym zapoznaniem się z warunkami do prowadzenia badań naukowych (zaplecze aparaturowe), zajęć dydaktycznych (tak w zakresie dydaktyki przed- jak i podyplomowej) oraz działalności usługowo-leczniczej danej jednostki organizacyjnej. **Dotychczasowe przeglądy klinik były - moim zdaniem - wycinkowe i nie uwzględniały całościowej oceny możliwości prowadzenia pracy w ww. trzech działach.**”
14. Powołanie zespołu specjalistów do oceny i profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych proponuje Kierownik Zakładu Mikrobiologii Jamy Usnej (*możliwość ogromnych oszczędności drogich antybiotyków - przyp. red.*).
15. Wprowadzenia **rejestru zakażeń szpitalnych**, domaga się Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej.
16. Kierownik Zakł. Medycyny Paliatywnej **wyraża gotowość zorganizowania zespołów konsultacyjnych świadczących usługi poszczególnym oddziałom AMG** w zakresie medycyny paliatywnej (m.in. leczenie bólu i porady psychoonkologiczne).
17. Kierownik Kat. i Kl. Anestezjologii i Intensywnej Terapii proponuje wprowadzenie **oceny działalności usługowej poszczególnych klinik i asystentów**.
18. Potrzebę **współpracy** między poszczególnymi Klinikami AMG, a także z ośrodkami w kraju i zagranicą widzą kierownicy: Kat. i Kl. Chorób Płuc i Gruźlicy, Kat. i Kl. Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kl. Nefrologii Dziecięcej, Zakładu Parodontologii.
19. Potrzebę przyspieszenia przepływu informacji o wynikach badań laboratoryjnych sugeruje Kierownik Kl. Nefrologii Dziecięcej.

ETATY DLA FACHOWEGO PERSONELU

20. **Etaty lekarza** potrzebują: Kl. Kardiologii Dziecięcej, Kl. Nefrologii Dziecięcej, I Kat. i Kl. Chirurgii, Kat. i Zakł. Patomorfologii, Kat. i Kl. Chirurgii Klatki Piersiowej,
etaty pielęgniarskie potrzebują: I Kl. Chorób Psychiczych, Kl. Nefrologii Dziecięcej, Zakł. Rentgenodiagnostyki, I Kl. Chorób Serca,
etaty sekretarek medycznych potrzebuje: Klinika Kardiologii Dziecięcej,
etat psychologa potrzebuje: Kl. Kardiologii Dziecięcej,
etaty asystentek stomatologicznych potrzebuje: Kat. i Zakł. Ortodoncji.
21. Kierownik Onkologii i Radioterapii proponuje: „W ramach działań doraźnych **konieczne jest rozważenie możliwości zwiększenia zatrudnienia personelu średniego (pielęgniarek, techników itp.)**, nawet kosztem etatów lekarskich. Dotychczasowa struktura zatrudnienia nie odpowiada potrzebom chorych. Z jednej strony stwierdza się **niedobór** kadr w pewnych grupach, w drugich - widoczne są **przerosty zatrudnienia**. Także tutaj należy się posłużyć wzorcami z innych krajów”.
22. Kierownik I Kl. Chorób Serca proponuje, aby „szukać sposobów **zatrzymania lekarzy w naszych szpitalach i przychodniach w godzinach popołudniowych celem pełnego wykorzystania ogromnych możliwości terapeutycznych, ale i szkoleniowych**. Wiem, że jest to przede wszystkim problem finansowy, ale dla dobra Uczelni musimy sobie z nim poradzić (może przez fundacje ?).”
23. Kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej jest zdania, iż należy **zapewnić takie wynagrodzenia pracownikom naukowym i dydaktycznym Uczelni, aby dobór kadr był pozytywny, a praca w AMG była nobilitacją**.

ZWIĘKSZENIE LICZBY ŁÓŻEK SZPITALNYCH

24. **Łóżka szpitalne** potrzebne są: Kl. Hematologii, I Kl. Chorób Serca, Zakładowi Rehabilitacji, Zakładowi Medycyny Paliatywnej.

ODDZIAŁY INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ, NEUROLOGICZNEJ (OIOM, OION)

25. **Utworzenie OIOM'u, OION'u** postulują: Kl. Neurologii Dorosłych, Kat. i Kl. Neurochirurgii, Kl. Kardiologii Dziecięcej, Kl. Chirurgii Klatki Piersiowej.

INNE POTRZEBNE (niektóre bardzo pilnie) PLACÓWKI LECZNICZE I DIAGNOSTYCZNE

26. Obecnie **ograniczona liczba łóżek Kliniki Neurochirurgii** (jedyne specjalistycznego ośrodka tego typu w województwie) nie pozwala na zabezpieczenie przyjęć nawet tych chorych, **którzy znajdują się w stanie zagrożenia życia** - potrzebna jest zmiana na lepsze!
27. Istnieje potrzeba zorganizowania (przy Kl. Neurochirurgii) **pracowni umożliwiającej nieoperacyjną obliterację tętniaków i wad naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego**.
28. **Niezwykle pilna potrzeba zwiększenia liczby sal operacyjnych dla potrzeb I Kat. i Kl. Chirurgii**. Obecnie Klinika dysponuje jedynie salą utworzoną i przystosowaną dla celów laparoskopowych, na której wykonuje się **obecnie wszystkie operacje** (obok transplantacji, operacji gruczołu tarczowego, trzustki i wątroby prowadzone są **zabiegi na jelicie grubym, a nawet niektóre zabiegi ropne**). W tym względzie sytuacja Kliniki jest gorsza niż w dowolnym szpitalu terenowym.
29. Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej potrzebuje pomieszczeń dla zorganizowania **oddziału leczenia ropniaków płucnej**.
30. W Kat. i Kl. Ortopedii powinien być jak najszybciej zakończony **remont i zbudowany blok operacyjny**.
31. O stworzenie możliwości **zorganizowania oddziałów dziennego pobytu** apelują Kierownicy I Kl. Chorób Dzieci (*obecnie Kl. Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii przyp. red.*), Kl. Kardiologii Dziecięcej, Kl. Nefrologii Dziecięcej.
32. Potrzebne są **nowe przychodnie przykliniczne (zakłady)**:
dla badań prenatalnych (postulat Kierownika Kl. Kardiologii Dziecięcej)
kardiologii dziecięcej,
endoskopii dla celów gastroenterologii,
chorób płuc i gruźlicy,
leczenia i profilaktyki chorób narządu żucia,
prewencji i rehabilitacji chorób serca,
zakładu tlenoterapii (ozonoterapii), postulat Kierownika Kat. i Kl. Mikrobiologii Jamy Ustnej.
33. Potrzebne **nowe kliniki**: reumatologii, endokrynologii.
34. I Klinika Chorób Dzieci (*obecnie Kl. Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii przyp. red.*) potrzebuje **nowych pomieszczeń na oddziałach i w izbie przyjęć**.

Dokończenie przeglądu odpowiedzi na ankietę Rektora nastąpi w następnym numerze *Gazety AMG* i będzie poświęcone głównie sprawom: sprzętu i aparatury, remontów i budowy, finansom, partycypacji Urzędu Wojewódzkiego w kosztach leczenia w AMG i planowaniu na okres po roku 2000. Gdyby PT. Czytelnicy życzyli sobie, aby w następnym numerze były poruszone jeszcze inne kwestie dotyczące działalności Uczelni, **to prosimy o nadsyłanie (do dnia 20 stycznia 1997 r.) listów do Redakcji *Gazety AMG*, ew. o zgłaszanie propozycji telefonicznie do Działu Organizacji i Zarządzania, nr wew. 10-11.**

Ponadto ponownie apelujemy o przysyłanie pod adresem Redakcji propozycji i uwag dotyczących planów rozwoju naszej Uczelni.

Wyboru odpowiedzi z 72 ankiet dokonała:

mgr inż. Elżbieta Nowosielska

Wstępem opatrzył i do druku przygotował:

dr med. Stanisław Bogdanowicz

lek. med. Marek Wyszczelski

Dyrektor PSK nr 1

Wystąpienie do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej

w sprawie pogarszającej się sytuacji kadrowej średniego personelu medycznego w PSK nr 1 w Gdańsku - 7.11.1996 r.

Z uwagi na coraz wyższe wymagania stawiane średniemu personelowi medycznemu w wysoko specjalistycznych oddziałach naszego Szpitala Klinicznego, przy równoczesnym obniżaniu się realnego wynagrodzenia w stosunku do zarobków tej grupy pracowniczej w innych szpitalach i jednostkach ochrony zdrowia w naszym województwie - kierownictwo Szpitala napotyka coraz większe trudności z zabezpieczeniem właściwej (odpowiedniej) opieki pielęgniarskiej w poszczególnych komórkach organizacyjnych działalności podstawowej.

Wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek w tutejszym Szpitalu z rocznym stażem pracy wynosi 365 zł miesięcznie, natomiast z pięcioletnim stażem pracy 420 zł miesięcznie. W innych placówkach służby zdrowia naszego województwa, wynagrodzenie to jest wyższe o 150-200 zł miesięcznie.

Duża ilość dobrze przeszkolonych w naszych Klinikach pracownic odchodzi z przyczyn finansowych.

Brak dodatków za pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia powoduje coraz większe kłopoty ze skompletowaniem stabilnych załóg w Klinikach, gdzie takie zagrożenia są stosunkowo wysokie. Wzrasta ilość stwierdzonych chorób zawodowych, powodujących konieczność przesunięcia pracowników na inne stanowiska, zgodnie ze wskazaniami KIZ.

Przeprowadzona w związku z powyższą sytuacją analiza - obejmująca okres ostatnich 5 lat (od 1991 r. do 31.10.1996 r.) potwierdziła te niepokojące tendencje.

Poniższa tabela przedstawia ilość i przyczyny rozwiązania umów o pracę. Nie uwzględnia ona ilości przyjęć i zwolnień pielęgniarek zatrudnianych na umowach-zleceniach.

Rok	Wypowiedzenia umów	Urlopy wychowawcze	Urlopy bezpłatne	Renty	Emerytury	Razem
1991	46	35	2	-	4	87
1992	30	39	16	1	7	93
1993	41	35	9	2	6	93
1994	67	44	4	0	10	125
1995	92	54	10	1	5	162
od 01.01.96 do 31.10.96	95	71	3	1	1	171

W badanym okresie najwyższy wskaźnik zmienności (fluktuacji) kadry pielęgniarskiej odnotowano w:

Klinice	Anestezjologii i Intensywnej Terapii	181%
"	Chorób Płuc i Gruzlicy	132%
"	Hematologii	129%
Bloku Operacyjnym		122%
Klinice	Chirurgii Onkologicznej	116%
"	Chorób Dzieci	109%
"	Neurologii Dorosłych	100%

Urlopy wypoczynkowe

W związku z licznymi zapytaniami kierowanymi do władz i administracji Uczelni odnośnie wykorzystywania urlopów wypoczynkowych, uprzejmie informuję, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami Kodeksu pracy i ustawy o szkolnictwie wyższym, wszyscy pracownicy Uczelni są zobowiązani do przestrzegania tych przepisów.

Przypominam, iż urlop wypoczynkowy należy wykorzystać do końca roku kalendarzowego, w którym nabywa się do niego prawo.

Przesunięcie zaplanowanego urlopu może nastąpić na wniosek pracownika umotywowany ważnymi przyczynami, zaopiniowany przez bezpośredniego przełożonego, albo z powodu szczególnych potrzeb pracodawcy, jeżeli nieobecność pracownika spowodowałaby zakłócenia toku pracy, po uprzednim złożeniu pisemnego uzasadnienia i otrzymaniu zgody Rektora lub Dyrektora Administracyjnego.

dr n. przyr. Sławomir Bautembach
Dyrektor Administracyjny

Najwięcej rozwiązań umów o pracę następuje w grupie pielęgniarek najniżej zarabiających, ze stażem pracy od 1 do 5 lat.

Kolejnym narastającym problemem jest i będzie rekrutacja pielęgniarek do pracy na zwalnianych etatach. Związane to będzie ze wstrzymaniem naboru słuchaczy do liceów medycznych, a w perspektywie ich likwidacja. W roku szkolnym 1996/97 zakończą naukę w tych szkołach ostatnie roczniki.

Z uwagi na „nieatrakcyjność” finansową zawodu pielęgniarki maleje zainteresowanie młodzieży nauką w tym kierunku, co powoduje zmniejszanie się ilości pomaturalnych szkół pielęgniarskich.

Przewidujemy, że pozyskać nowe kadry będzie można tylko ze szkół spoza Gdańska, co łączy się niestety z koniecznością zapewnienia zakwaterowania. W chwili obecnej nie dysponujemy już miejscami hotelowymi, nie możemy też przeznaczać większych kwot na dofinansowanie kwater prywatnych. Konieczne jest także utrzymanie dotacji budżetowych dla Hotelu Pielęgniarek.

Reasumując powyższe wystąpienie prosimy o podjęcie działań w kierunku rozwiązania poruszonych problemów, wykraczających poza możliwości kierownictwa Szpitala:

1. Przyznanie środków finansowych na podwyższenie wynagrodzenia dla personelu średniego naszego Szpitala w sposób umożliwiający przynajmniej zrównanie wynagrodzeń z uposażeniem tej grupy pracowniczej w innych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Ustalenie dodatków za pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia.
3. Ustalenie dodatków za pracę na stanowiskach wymagających szczególnych kwalifikacji i predyspozycji.
4. Dostosowanie systemu nauczania średniego personelu medycznego do konkretnych potrzeb specjalistycznych, występujących w poszczególnych województwach i regionach.
Inne są potrzeby kadrowe powszechnej opieki zdrowotnej, a inne ośrodków posiadających zakłady specjalistyczne (kliniczne i naukowe), jakim jest m.in. Gdańsk.
5. Utrzymanie dotacji dla Hotelu Pielęgniarek i dofinansowania kwater prywatnych.

dr hab. Zbigniew Nowicki, prof. nzw.
b. prorektor ds. klinicznych

Działalność Uczelni w kadencji władz 1993-1996

w zakresie spraw klinicznych i kształce-
nia podyplomowego (kompetencje pro-
rektora ds. klinicznych)

Kadencja ustępujących władz przypadła na okres szczególnie trudności w sprawowaniu nadzoru nad działalnością Państwowych Szpitali Klinicznych. Wynikają one z jednej strony z dalekich od doskonałości uregulowań formalno-prawnych dotyczących szpitali klinicznych, w tym relacji między Akademią/rektorem a szpitalem klinicznym/dyrektorem. Z drugiej - z trudnej sytuacji finansowej szpitali jako konsekwencja zdecydowanie zaniżanych dotacji budżetowych na ich działalność.

Przez okres ostatnich trzech lat, pomimo prób uregulowania statusu szpitali poprzez prowadzenie prac nad nowelizacją Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a w sprawach finansowych poprzez doraźne akcje, jak np. oddłużanie szpitali, nie nastąpiły oczekiwane zmiany na lepsze. W konsekwencji przyszło nam działać w sytuacji ustawicznego braku środków finansowych, co boleśnie doświadczamy w naszej codzienności klinicznej.

Wobec takich realiów w kategorii sukcesu należy odnotować wdrożenie nowych procedur diagnostyczno-terapeutycznych, z których najważniejsze to: przeszczepienie szpiku kostnego (Klinika Hematologii), inwazyjne leczenie zaburzeń rytmu serca (II Klinika Chorób Serca), automatyczna dializa otrzewnowa (Klinika Chorób Nerek), plastyka naczyń wieńcowych (I Klinika Chorób Serca, Samodzielna Pracownia Badań Inwazyjnych Instytutu Kardiologii).

Wydarzeniem w kadencji było także zakończenie dwóch, a właściwie trzech (w tym pralni) zadań inwestycyjnych finansowanych centralnie. Pozyskanie siedziby Instytutu Radiologii i Radioterapii i jego wyposażenie oraz rozbudowa Instytutu Kardiologii były ukoronowaniem wysiłków bardzo wielu członków naszej społeczności, sprawujących swoje funkcje także przed laty. Tak jak pierwsza z wymienionych inwestycji przyniosła wyłącznie korzyści związane z pozyskaniem obiektu z najnowocześniejszym wyposażeniem, tak druga - obok niewątpliwych korzyści - unaocznia drastyczny brak środków na potrzeby kardiologii. Stąd też przed władzami przyszłej kadencji, wśród najważniejszych zadań o znaczeniu strategicznym dla naszej Uczelni, jest kontynuowanie starań o budowę Zabiegowego Centrum Klinicznego (d. Instytutu Chirurgii). Tylko bowiem przeniesienie klinik zabiegowych z terenu PSK nr 1 i zwiększenie liczby łóżek na potrzeby kardiologii stworzy szansę na pełne wykorzystanie możliwości chirurgicznego leczenia chorób serca i naczyń, jak to zakładano przystępując do tworzenia koncepcji rozwoju kardiologii w Gdańsku w roku 1973. Koncepcja rozwoju Akade-

mii, m.in. poprzez budowę Centrum, jest konsekwentną realizacją programu rozwoju Uczelni przyjętego przed wielu laty i zyskała aprobatę Senackiej Komisji Rozwoju i Senatu obecnej kadencji w trakcie weryfikacji zamierzeń inwestycyjnych.

Drugim ważnym argumentem przemawiającym za koniecznością budowy Zabiegowego Centrum Klinicznego jest potrzeba przeniesienia na teren Uczelni klinik funkcjonujących na tzw. „bazie obcej”. W związku z akcją likwidacji pojęcia „bazy obcej” nie można wykluczyć zmiany statusu tych klinik. Niepowetowaną stratą dla Akademii byłoby przekształcenie ich w oddziały szpitalne - a więc ich likwidacja w takich ramach, w jakich działają obecnie.

Liczne, reprezentowane już dyscypliny wymagają zasadniczej zmiany warunków, w których pozostają (np. pediatria: na potrzeby intensywnej terapii transplantacji nerek i kardiologii, neurologia rozwojowa, pneumonologia). Istnieje potrzeba utworzenia niemal od podstaw alergologii, endokrynologii, reumatologii, co będzie możliwe dopiero z chwilą przeniesienia klinik zabiegowych do Centrum.

Bliskie realizacji jest rozpoczęcie prac projektowych nowej siedziby Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w związku z uzyskaniem środków z MZiOŚ, do czego przyczyniła się decyzja o oddanie na potrzeby tego Zakładu siedziby Zarządu Inwestycji i kierownictwa budowy Pralni Centralnej przy ul. Dębowej.

Przewidywana, nieunikniona restrukturyzacja łóżek w PSK w związku z planowaną zmianą finansowania służby zdrowia, nie rozwiąże nawet w minimalnym stopniu tych naszych potrzeb w zakresie bazy łóżkowej.

Na ostatni rok sprawozdawczy przypada oddanie do użytku siedziby dla nowo utworzonego Zakładu Parodontologii oraz zakończenie rozbudowy i modernizacji Kliniki Onkologii i Radioterapii. Realizacja tych dwóch zadań możliwa była dzięki uzyskaniu środków finansowych z różnych źródeł, podobnie jak pokrycie kosztów remontu i adaptacji budynku b. żłobka na potrzeby Regionalnego Ośrodka Kształcenia, (w którym znalazła siedzibę Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej).

Należy też wspomnieć o modernizacji części klinik chirurgicznych dokonanej w związku z realizacją inwestycji - Instytut Kardiologii. Modernizacja części klinik chirurgicznych jest przystawianą kroplą w morzu potrzeb w zakresie remontów. Wielkim wysiłkiem dla dyrekcji szpitali, pomimo zdobycia dodatkowych środków na określone zadania remontowe, będzie kontynuowanie modernizacji budynku nr 15 i dalsze prace w budynku nr 8 w PSK nr 1. W tej ostatniej sprawie konieczne są pilne decyzje co do ostatecznego przeznaczenia nadbudowywanych pięter, w związku z uwieńczonymi sukcesem staraniami o celowane środki na kontynuowanie prac i ostateczne opinie ekspertów co do bezpieczeństwa całego obiektu. Inne najpilniejsze potrzeby w tym zakresie remontów, to m.in. modernizacja ciągu technologicznego dla produkcji płynów infuzyjnych w aptece szpitala, remont kapitalny budynku nr 4 (siedziba m.in. Kl. Chirurgii Klatki Piersiowej), poprawa warunków w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc.

Na ostatni rok kadencji przypada realizacja zakupów w ramach zadań inwestycyjnych. Dzięki zrozumieniu przez dyrekcję Instytutu Radiologii i Radioterapii niedostatków wyposażenia w sprzęt i aparaturę i w wyniku decyzji Senatu, część środków z tej inwestycji została wykorzystana na zakup urządzeń do współpracy z radiologią w zakresie diagnostyki. Zwolnione środki, łącznie z celowanymi - uzyskanymi z MZiOŚ, pozwolą m.in. na zakup już w najbliższym czasie nowoczesnej centrali telefonicznej wspólnej dla wszystkich jednostek Akademii.

Podobnie jak w zakresie gospodarki remontowej, potrzeby - jeżeli chodzi o wyposażenie w sprzęt i aparaturę - są bardzo duże. Trosce nowych władz należy w szczególności powierzyć sytuację, w jakiej znajdują się zakłady Oddziału Stomatologii, dla których rozwiązaniem mogłoby być przeznaczenie określonego odsetka dotacji na zakupy gotowych dóbr inwestycyjnych w kolejnych latach. Jednorazowa wymiana sprzętu nie wchodzi w rachubę, jest bowiem zbyt kosztowna.

Z inicjatywy pracowników Uczelni zajmujących się szeroko pojętą problematyką cukrzycy, powołano Regionalne Centrum Diabetologiczne, stwarzając wstępnie warunki niezbędne do podjęcia przez nie działalności instruktażowo-leczniczej.

Spośród spraw wymagających podjęcia pilnie działań jest, bardzo ważna dla funkcjonowania szpitali klinicznych, a ujawniona w ostatnim czasie, sprawa wynagrodzeń personelu szpitali, głównie pielęgniarek. Z oficjalnych danych MZiOS wynika, że średnie wynagrodzenie w naszych szpitalach klinicznych jest najniższe spośród wszystkich szpitali w kraju (dane za ostatnie 3 lata). Różnice te nie są znaczące. Natomiast zaniepokojenie budzić muszą duże różnice w wysokości wynagrodzeń na równorzędnych stanowiskach między szpitalami klinicznymi a jednostkami finansowanymi z budżetu terenowego. Wynikiem tych różnic jest notowany odpływ wykwalifikowanego personelu ze szpitali klinicznych do innych szpitali, a nawet sieci lecznictwa otwartego.

Równie pilnym zadaniem - mając pełną świadomość, że budżety szpitali klinicznych od kilku lat nie zaspokajają nawet podstawowych potrzeb w zakresie wydatków rzeczowych, a przede wszystkim kosztów związanych z zakupem leków - jest spowodowanie poprawy zarządzania tymi jednostkami. Podejmowany przez obecne dyrekcje wysiłek zmierzający do poprawy tej sytuacji poprzez np. wprowadzenie receptariusza szpitalnego czy opracowanie programów oszczędnościowych nie przynosi na dziś spodziewanych efektów. Ta sytuacja i przewidywane zmiany w finansowaniu działalności całej służby zdrowia, w tym uczelni medycznych, wymagają poprawy w zarządzaniu szpitalami i powierzenie kształtowania „polityki ekonomicznej” profesjonalnym służbom ekonomicznym. Należałoby rozważyć celowość powołania, wzorem niektórych uczelni, Zarządu Szpitali Klinicznych, wobec postulowanych zmian ustawowych z jednoznacznym podporządkowaniem szpitali klinicznych - rektorowi.

W kompetencjach prorektora ds. klinicznych pozostają także sprawy związane z kształceniem podyplomowym.

Nasze zamierzenia w tej sferze działalności Uczelni uwzględniały projektowane przez MZiOS zasadnicze zmiany w trybie uzyskiwania specjalizacji. Podstawowa zmiana dotyczy sposobu finansowania kształcenia, poprzez przyjęcie zasady, że podnoszenie kwalifikacji jest osobistą sprawą każdego z nas, jest inwestowaniem w siebie, a więc zainteresowani ponosić mieliby koszty związane ze specjalizowaniem się. Wzorem systemów obowiązujących w niektórych państwach zachodnich, przewiduje się wprowadzenie zasady odnawiania specjalizacji, uzyskiwania dla tego celu punktów kredytowych za udział w różnych formach kształcenia.

Przygotowując się do wprowadzenia projektowanych zmian, w początkach kadencji, uzyskano wstępną akceptację Senatu na propozycję utworzenia nowej jednostki, która swoją działalnością obejmowałaby wszystkie sprawy związane z kształceniem podyplomowym. Założenia - o utworze-

niu takiej jednostki o randze jednostki międzywydziałowej, samofinansującej się, a nawet przynoszącej w przyszłości korzyści finansowe Uczelni - powstały z uwzględnieniem różnych rozwiązań przyjętych w innych uczelniach. Przyjmowano je tam w zależności od warunków miejscowych tworząc Wydziały Kształcenia Podyplomowego, oddziały w ramach wydziałów, by uzyskać pokrycie nadwyżek pensum dydaktycznego (w związku z ograniczeniem limitu przyjęć) w ramach kształcenia podyplomowego.

Realizacja koncepcji powołania Międzywydziałowego Studium Kształcenia Podyplomowego w naszej Uczelni pozostaje w ścisłym związku z wprowadzeniem jako obowiązujących - projektowanych zmian w zasadach i formach kształcenia podyplomowego, co chyba nie nastąpi szybko z powodu oficjalnego sprzeciwu wniesionego przez Naczelną Radę Lekarską wobec nowych koncepcji resortu.

Z mieszanymi uczuciami przyjmujemy organizowanie odpłatnych kursów szkoleniowych (bez możliwości uzyskania rekompensaty przez ich uczestników), w których udział warunkuje przystąpienie do egzaminów specjalizacyjnych.

Wobec takiej sytuacji realizowano kształcenie podyplomowe w ramach wypracowanych, tradycyjnych form poprzez ścisłą współpracę z Wojewódzkim Ośrodkiem Kształcenia Kadr Medycznych.

Realizując ciężący na Uczelni program kształcenia podyplomowego, co wynika z ostatnich dyrektyw resortu, nie sposób pominąć kwestii finansowych. W ślad za obowiązkami, w szczególności w zakresie kształcenia przyszłych lekarzy rodzinnych w trybie rezydenckim, nie otrzymaliśmy żadnej pomocy, ani w formie nowych etatów, ani też zwiększenia dotacji budżetowej. Z tą sytuacją wiąże się kwestia wynagradzania nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia z rezydentami. Senat naszej Uczelni, pomimo zrozumienia sytuacji, z braku środków finansowych odroczył decyzję co do zaliczania w poczet pensum dydaktycznego zajęć z rezydentami. Problem narasta, ponieważ ich liczba wzrosła w związku z wprowadzeniem trzeciego roku szkolenia, a pojawia się nowy - wynagradzania za kontynuowanie kształcenia w sieci lecznictwa otwartego. Brak środków uniemożliwia funkcjonowanie wzorcowej praktyki lekarza rodzinnego. Wobec władz nowej kadencji kontynuacja starań o pozyskanie z resortu środków finansowych na kształcenie wydaje się być sprawą bardzo ważną.

Wraz z upływem kadencji obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób przystępujących do egzaminów specjalizacyjnych na II^o, a także częstsze powierzanie naszej Uczelni roli organizatora tych egzaminów. Można to traktować za wyraz uznania, ale niesie to także za sobą pewien wysiłek dla nas wszystkich.

W klinikach i zakładach Akademii corocznie odbywa staż podyplomowy 60 naszych absolwentów. Z uznaniem przyjęliśmy inicjatywę Okręgowej Izby Lekarskiej opracowania programów tych staży i zaproszenie przedstawicieli Uczelni do udziału w pracach nad programem. Ma to duże znaczenie w związku z projektem ogólnopolskiego egzaminu kwalifikującego, poprzedzającego uzyskanie prawa wykonywania zawodu.

Na okres sprawozdawczy przypada powrót do trójstopniowego systemu nadzoru specjalistycznego z reaktywowaniem regionalnych konsultantów medycznych i instytucjonalnego nadzoru Akademii Medycznych. Tak więc obok pełnienia przez liczne grono nauczycieli akademickich funkcji specjalistów wojewódzkich i przewodniczenia nadzorowi krajowemu, 34 pracowników Uczelni powołanych zostało do pełnienia funkcji konsultantów regionalnych. Jest to niewątpliwie

wkład Uczelni w służenie pomocą i radą wszystkim, którzy tego oczekują.

Czujemy się w obowiązku zamieścić także w niniejszym sprawozdaniu z ważniejszych spraw dwie: studia pielęgniarskie, współpraca na linii Uczelnia - władze samorządowe.

Odpowiadając na inicjatywę środowiska pielęgniarek i położnych podjęto niezbędne czynności zmierzające do uruchomienia studiów pielęgniarskich. Ze wstępnego rozeznania możliwości organizacyjnych, kadrowych i finansowych studia te mogłyby mieć na początku formę studiów zaocznych ze wszystkimi tego konsekwencjami, a więc przede wszystkim z odpłatnością za nie. Do pilnych decyzji związanych z tą sprawą należy wybranie wariantu statusu tych studiów. Doświadczenia innych uczelni wydają się przemawiać za wariantem przyjętym w Akademii Medycznej w Lublinie, która utworzyła Zaoczny Zamiejscowy Wydział Pielęgniarstwa w Chełmie. W naszym przypadku mógłby to być Zamiejscowy Wydział AM w Poznaniu?

Działalność Uczelni w zakresie ochrony zdrowia w ciągu kadencji nie wyczerpuje całokształtu współpracy między Uczelnią a władzami samorządowymi, stanowi jednak bardzo ważny jej element. Współpracę tę ocenić należy pozytywnie, najlepszym przykładem są: wspólne, uwieńczone sukcesem starania o dotację w wysokości 42 mld. (st. zł) na potrzeby onkologii, z Fundacji Polsko-Niemieckiej, zrozumienie władz wojewódzkich dla wspólnych interesów związanych z funkcjonowaniem naszych klinik na tzw. „bazie obcej”. Między wojewodą gdańskim a rektorem została zawarta w 1995 r. umowa w sprawie budowy sal operacyjnych dla Klinik Ortopedii i Chirurgii Dziecięcej z deklaracją wyposażenia ich z funduszy Uczelni (weryfikacja założeń projektowych podjęta ostatnio z inicjatywy Wydziału Zdrowia UW budzi jednak nasz niepokój), co było tematem interwencji władz Uczelni u b. wojewody gdańskiego. Z naszej strony: podjęliśmy inicjatywę opracowania przez zespół specjalistów z Uczelni wniosku o sfinansowanie przez KBN badań nad sytuacją w zakresie schorzeń nowotworowych w naszym województwie, której finalizowanie jest w toku.

Na zakończenie wspomnieć należy o inicjatywie wprowadzenia w Uczelni rankingu działalności usługowo-leczniczej, która jednak nie została zakończona sukcesem. Mimo wysiłków członków Senackiej Komisji Spraw Klinicznych nie udało się ustalić jednolitych kryteriów oceny, zaś publikacja uzyskanych danych nie przyniosłaby spodziewanych korzyści, a wręcz przeciwnie. Dlatego też wśród spraw „otwartych” pozostawiamy prace nad doskonaleniem kryteriów oceny usługowo-leczniczej.

Mamy świadomość, że przedstawione dokonania nie byłyby możliwe bez udziału szerokiego grona członków naszej społeczności, towarzyszy nam także przekonanie, że przedstawiona informacja nie wyczerpuje wszystkich spraw związanych z rolą, jaką pełni Akademia w systemie opieki zdrowotnej, wymagającą codziennego trudu i zaangażowania często bezimiennej rzeszy naszych pracowników, którym należy się słowa najwyższego uznania.

Gdańsk, październik 1996 r.

PS. Decydując się na opublikowanie niniejszego sprawozdania towarzyszy nam świadomość, że część zawartych w nim danych stanowiła elementy corocznego sprawozdania JM Rektora. Spełniamy jednak oczekiwania środowiska, głównie związanego ze szpitalami, zainteresowanego teraźniejszością i przyszłością swojego miejsca pracy.



Gratulacje Rektora

Gdańsk, dnia 7.12.1996 r.

Zarząd Główny
Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego
w Gdańsku

Wielce Szanowni Państwo.

Z okazji Jubileuszu 40-lecia istnienia Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego w imieniu całej wspólnoty akademickiej i własnym przekazuję Medal Pamiątkowy Akademii Medycznej w Gdańsku, jako wyraz szacunku i uznania za wieloletnią działalność i patronat nad kultywowaniem tradycji pomorsko-kaszubskich.

Prosimy o przyjęcie gratulacji i najlepszych życzeń wielu sukcesów, by dokonania Państwa stanowiły szeroko otwartą bramę do przyszłości zasobnej i pomyślnej.

Z wyrazami głębokiego szacunku

*prof. Zdzisław Wajda
Rektor*

Gdańsk, dnia 3.12.1996 r.

Nadbałtyckie Centrum Kultury
w Gdańsku

Wielce Szanowni Państwo.

Z okazji Jubileuszu 400-lecia Ratusza Staromiejskiego, całemu Zespołowi, w imieniu Społeczności Akademii Medycznej i własnym zasylam najlepsze życzenia, wielu sukcesów i wytrwałości w pokonywaniu trudów, życzliwej opieki władz, by historyczne zasługi Szacownego Jubilata stanowiły szeroko otwartą bramę do pomyślnej przyszłości. Aby służył nam i przyszłym pokoleniom swoimi podwojami, a pięknym wystrojem wewnątrz cieszył nasze serca i umysły.

Z tej okazji pragniemy uhonorować tak zasłużoną dla gdańskiej kultury Jednostkę Medalem Pamiątkowym Akademii Medycznej w Gdańsku.

Z wyrazami głębokiego szacunku

*prof. Zdzisław Wajda
Rektor*

Warszawa, dnia 25 XI 1996 r.

MINISTER
ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ**REKTORZY AKADEMII MEDYCZNYCH
WOJEWODOWIE
PRZEWODNICZĄCY SEJMIKÓW SAMORZĄDOWYCH
PREZYDENCI MIAST OBJĘTYCH USTAWĄ „MIEJSKĄ”**

Szanowni Państwo,

Do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej coraz częściej docierają informacje i skargi o narastających trudnościach w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych przy zastosowaniu specjalistycznej aparatury medycznej w ramach działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a więc nieodpłatnie, przez pacjentów legitymujących się uprawnieniami do bezpłatnych świadczeń lekarskich.

Na badania takie wyznaczane są najczęściej odległe terminy, co powoduje nie tylko niezadowolenie, ale także obawy zainteresowanych o pogorszenie się stanu zdrowia. Sytuacja taka zmusza nierzadko pacjentów do korzystania z prywatnej praktyki, w ramach której badania te przeprowadzane są niemal natychmiast przy użyciu aparatury publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Sprawa ta była również podnoszona na spotkaniu z Przewodniczącymi Krajowych Zespołów Konsultantów Medycznych.

Przeprowadzone wrywkowe analizy wykazały, że zjawisko to nie zawsze jest następstwem niedostatecznego wyposażenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w aparaturę medyczną czy braku obsady etatowej, lecz wadliwą organizacją pracy. W zdecydowanej większości zakładów badania przy zastosowaniu aparatury medycznej, głównie diagnostycznej, wykonywane są tylko w godzinach porannych, a przez pozostałą część dnia aparatura ta nierzadko wykorzystywana jest przez prywatnie praktykujących lekarzy lub fundacje za odpowiednią odpłatnością. Postępowanie takie stwarza wrażenie, że dostęp do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych jest możliwy tylko za odpłatnością, co nie przysparza dobrego imienia służbie zdrowia. Wysoko specjalistyczna aparatura medyczna znajdująca się w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, zakupiona dużym nakładem finansowym, winna służyć przede wszystkim pacjentom tych zakładów uprawnionym do bezpłatnych świadczeń.

Z uwagi na to, że opisana wyżej sytuacja staje się zjawiskiem powszechnym, zachodzi pilna potrzeba podjęcia stosownych przeciwdziałań.

Ze swej strony uważam, że koniecznym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie pracy zmianowej umożliwiającej lepsze wykorzystanie posiadanej, często bardzo drogiej, aparatury medycznej, a przede wszystkim pełniejsze zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludności, co jest ustawowym obowiązkiem.

Pragnę przypomnieć Państwu, że §5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. Nr 51, poz. 326 późn. zm.) stanowi, iż w okolicznościach uzasadnionych potrzebami opieki zdrowotnej, pracownicy służby zdrowia mogą być zatrudniani w systemie zmianowym. Również znowelizowany kodeks pracy w Dziale IV „Regulamin pracy” nakłada na pracodawcę obowiązek wydania, w uzgodnieniu z zakładową organizacją związkową, regulaminu pracy, określającego między innymi organizację pracy.

Gdańsk, dnia 9 grudnia 1996 r.

Pan

Henryk Wojciechowski
Wojewoda Gdański

Szanowny Panie Wojewodo.

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku na posiedzeniu w dniu 25 listopada 1996 r. po zapoznaniu się z aktualną sytuacją Klinik w Szpitalu Wojewódzkim wyraził duże zaniepokojenie spowodowane przeciąganiem się wykonania bloków operacyjnych dla Kliniki Ortopedii i Kliniki Chirurgii Dziecięcej, a nawet prac zabezpieczających normalne warunki pracy. Szczególnie niepokój budzi brak uwzględnienia przez głównego projektanta wymagań stawianych przez użytkowników.

Będąc szczerze z troskany o los pracujących w Szpitalu Wojewódzkim Klinik oraz leczonych tam chorych prosimy uprzejmie Pana Wojewodę o pilną interwencję.

Z poważaniem
prof. Zdzisław Wajda
Rektor

Wprowadzenie pracy zmianowej nie powinno stanowić trudności z punktu widzenia prawa, a polepszyłoby w sposób istotny dostępność do świadczeń przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej i zlikwidowało także źródło zgłaszanych skarg.

W tym kontekście chciałbym przypomnieć, że znowelizowany kodeks pracy wprowadza w art. 101¹⁻⁴ zakaz konkurencyjnej działalności wobec pracodawcy. Regulacja ta nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do spraw finansowych. Z jednej strony mamy do czynienia ze środkami budżetowymi przeznaczonymi na bezpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych, z drugiej strony świadczeniami tych usług przez inne podmioty, z wykorzystaniem bazy, aparatury i środków publicznego zakładu opieki zdrowotnej nawet gdy użytkowanie to oparte było na zasadzie umowy cywilnoprawnej. Zakaz konkurencji wprowadzany jest odrębną umową pomiędzy pracownikiem i pracodawcą. O postanowieniach kodeksu pracy nie wolno zapominać przy sporządzaniu umów cywilnoprawnych na użytkowanie aparatury medycznej.

Przedstawiając powyższe zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o spowodowanie przeprowadzenia w podległych zakładach opieki zdrowotnej analizy skali zjawiska i wprowadzenia, w sytuacjach tego wymagających, systemu pracy zmianowej.

Będę zobowiązany za powiadomienie mnie w terminie do dnia 15 grudnia 1996 r. o wynikających z analizy wnioskach i podjętych w tej sprawie działaniach.

Z poważaniem

Ryszard Jacek Żochowski

lek. med. Grzegorz Kuciel

Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej IChW AMG

O całkowitym żywieniu pozajelitowym

W czerwcu 1996 roku mogłem skorzystać z indywidualnego szkolenia z zakresu całkowitego żywienia pozajelitowego w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej CSK w Warszawie, kierowanej przez prof. Brunona Szczygła.

W Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie przy ul. Banacha system żywienia pozajelitowego i dojelitowego realizowany jest przez zespół żywienia pozajelitowego wchodzący w skład Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej. Zespół tworzą: lekarze (moimi bezpośrednimi opiekunami byli: dr Marek Perlkiewicz - chirurg), farmaceuta - przygotowujący mieszaniny odżywcze oraz rehabilitant - szkolący pacjentów mających pozostawać na ambulatoryjnym żywieniu pozajelitowym.

Lekarz prowadzący, widząc potrzebę odżywiania pacjenta poza- lub dojelitowo, zgłasza chorego do zespołu żywienia pozajelitowego. Lekarze należący do zespołu dokonują kwalifikacji pacjenta i ustalają program żywieniowy, a także ustalają harmonogram badań laboratoryjnych. Każdy pacjent pozostający na żywieniu sztucznym jest przez nich codziennie kontrolowany. Na podstawie wykonywanych regularnie dwa razy w tygodniu badań lekarze z zespołu żywieniowego modyfikują program żywienia.

Worki z mieszaniną odżywczą do żywienia pozajelitowego, dla całego CSK, przygotowuje farmaceuta wchodzący w skład zespołu. Podłączenia ich do linii żylnych dokonują przeszkolone pielęgniarki na poszczególnych oddziałach.

W okresie mojego pobytu na całkowitym żywieniu pozajelitowym w CSK przebywało około 13 pacjentów. Dominowały przypadki ostrego i przewlekłego zapalenia trzustki. Pod opieką zespołu żywienia pozajelitowego znajdowało się także kilkoro chorych w okresie chemioterapii oraz jedna pacjentka po przeszczepie wątroby.

Szkolenie, które odbyłem, obejmowało trzy główne zagadnienia:

1. Kryteria doboru ilości poszczególnych składników odżywczych (aminokwasów, emulsji tłuszczowych, glukozy, witamin, makro- i mikroelementów). Metody antropometryczne i biochemiczne oceny efektywności stosowanego żywienia pozajelitowego. Nadzór metaboliczny pacjenta (ocena funkcji wątroby, zaburzenia lipidowe,

ocena gospodarki kwasowo-zasadowej oraz wodno-elektrolitowej), prowadzenie przejrzystej dokumentacji prowadzonego żywienia pozajelitowego. Moją uwagę zwróciło oszczędne stosowanie drogich preparatów witaminowych i mikroelementów (Soluvit, Vitalipid, Addamel). Podstawowym zestawem były roztwory witamin B₁, B₂, B₆, PP, C produkcji krajowej. Pełen komplet witamin i mikroelementów (tzn. Soluvit, Vitalipid, Addamel) otrzymywali pacjenci bądź z wyraźnymi niedoborami, bądź mający przewlekłe pozostawać na całkowitym żywieniu pozajelitowym. Chętnie natomiast w CSK są stosowane emulsje tłuszczowe, nawet w stanach, które dotychczas uważane były za przeciwwskazania (np.: ostre zapalenie trzustki) pod warunkiem, oczywiście, braku zaburzeń lipidowych.

2. Techniczne przygotowywanie mieszanin odżywczych w systemie all-in-one (tzn. wszystkie składniki w postaci jednorodnej mieszaniny podawane równocześnie z jednego worka). W CSK worki z mieszaninami odżywczymi przygotowuje się w osobnym pomieszczeniu, wydzielonym na terenie Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej, przez specjalnie do tego celu oddelegowanego farmaceutę. Udzielono mi cennych wskazówek, w jaki sposób przygotowując worki należy posługiwać się tak banalnymi przedmiotami jak igły i strzykawki, aby zużycie sprzętu jednorazowego było minimalne, a jednocześnie została zachowywana pełna jałowość. Zatrudnionej do przyrządzania worków farmaceutce wystarczały przeciętnie 2-3 strzykawki oraz 4-5 igieł jednorazowych, aby w pełni aseptycznie przygotować kilkanaście różnych mieszanin odżywczych. W klinice prof. Szczygła dużą wagę przywiązuje się do kolejności przetaczania do worka poszczególnych składników tak, aby uniknąć niezgodności chemicznych (skłonności niektórych związków chemicznych do wytrącania się, gdy znajdują się razem, w dużych stężeniach w jednym roztworze). Regułą jest np.: nieprzetaczanie bezpośrednio po sobie chloru wapnia i fosforanów (Addiphos). Do butelek z emulsjami tłuszczowymi nie dodaje się praktycznie niczego z wyjątkiem witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (Vitalipid). Same zaś emulsje tłuszczowe do worka dodaje się na końcu, przed ich przetoczeniem należy

wzrokowo ocenić klarowność roztworu znajdującego się w worku.

3. Zakładanie i utrzymywanie jałowości linii żylnych. W klinice prof. Szczygła dominują cewniki zakładane do żyły szyjnej wewnętrznej i tunelizowane pod skórą klatki piersiowej. Praktycznie nie stosowane są, popularne u nas, Cava-fix'y. Tunelizacja zapobiega migracji bakterii ze skóry, a ufiksowany cewnik wykazuje mniejszą skłonność do wywoływania powikłań mechanicznych. Rygorystycznie przestrzegana zasadą jest nie podawanie przez te cewniki żadnych leków z wyjątkiem żywienia. Nie mogą one służyć również to pobierania krwi. W przypadku wystąpienia u pacjenta żywionego pozajelitowo gorączki mogącej wskazywać na odczynnikowy wysiew bakterii, wstrzymuje się żywienie pozajelitowe. Następnie pobiera się krew przez cewnik na posiew w celu potwierdzenia, bądź wykluczenia kolonizacji cewnika przez bakterie. Po dokonaniu posiewów do cewnika podaje się ampułkę Vankomycyny rozpuszczonej w ilości 0,9% NaCl odpowiadającej objętości cewnika. Po 24 h cewnik płucze się jałowym roztworem soli fizjologicznej oraz podaje się kolejną porcję antybiotyku. Po dwóch dniach wyżej opisanych zabiegów, na próbę, ponawia się żywienie pozajelitowe. O ile w czasie pierwszych kilku godzin podawania mieszaniny odżywczej nie występuje gorączka, żywienie jest kontynuowane. W przeciwnym razie cewnik wymienia się na nowy. Dla zachowania jałowości linii żylnych miejsce wejścia cewnika pod skórę, po każdej kąpieli pacjenta przemywane jest roztworem spirytusu i jodyny. W celu dodatkowego zabezpieczenia nakładana jest jałowa folia samoprzylepna powszechnie stosowana w czasie zabiegów operacyjnych. Cewnik i aparat kropłowy nie są ze sobą łączone bezpośrednio lecz poprzez krótki wymienny łącznik. Pozwala to, w wypadku nieumyślnego zabrudzenia końca linii żylnych, na bezproblemową wymianę łącznika - koniec cewnika dzięki temu rozwiązaniu zawsze zachowuje swoją jałowość. Koniec linii żylnych za każdym razem przed przyłączeniem i po odłączeniu aparatu kropłowego zanurzany jest na dwie, trzy minuty do roztworu 50-70% spirytusu. Po odłączeniu aparatu kropłowego wolny koniec linii żylnych zabezpieczany jest jałową plastikową nakrętką.

Całkowite żywienie pozajelitowe jest problemem złożonym, wymagającym doświadczenia oraz stałego śledzenia literatury naukowej z tego zakresu. Należałoby więc, za przykładem CSK w Warszawie, rozważyć konieczność wyodrębnienia w AMG wyspecjalizowanej w tej dziedzinie komórki organizacyjnej.

R. Janiszewska, A. Nowakowska, A. Wiśniewska

Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej IChW AMG

Rola dietetyczki w prowadzeniu chorego dializowanego

Dieta w profilaktyce zdrowotnej i dieta terapeutyczna decydują o jakości życia. Służby żywieniowe w dobrych szpitalach stanowią mocną strukturę organizacyjną wspierającą i uzupełniającą pracę lekarza. Dobre tradycje w tym względzie w naszej Uczelni, wywodzące się z czasów profesora Kiersta, uległy niestety zapomnieniu. Dietetyk jest „rare avis” w życiu szpitala i obsługi pacjenta. Ta sytuacja musi być stopniowo zmieniana i tu będziemy się starać wykorzystywać dobre wzory krajowe jak i obce. W ramach szkolenia trzy osoby z Zakładu Żywienia Klinicznego odbyły staż w Szpitalu Specjalistycznym w Krakowie na oddziale dializ zapoznając się z funkcjonowaniem najlepszego w Polsce Działu Żywieniowego. Poniżej garść refleksji z tego pobytu.

W szpitalu tym na każdym oddziale zatrudnione są dietetyczki. Na oddziale dializoterapii pracę lekarzy wspomagają dwie dietetyczki pracujące w systemie zmianowym. Pacjenci każdej zmiany dializacyjnej mają możliwość uzyskania fachowej porady żywieniowej dostosowanej do ich aktualnego stanu zdrowia i wyników badań. Ścisła współpraca dietetyczki z lekarzem pozwala na szybsze i skuteczniejsze monitorowanie stanu zdrowia pacjenta. Do obowiązków dietetyczki należy ocena podaży białka, węglowodanów, potasu, fosforanów w diecie, kontrola kaloryczności spożywanych posiłków oraz ilości wypijanych płynów.

Większość pacjentów dializowanych jest w trybie ambulatoryjnym, stad zaopiekowanie obejmuje tylko dwa posiłki. W trakcie dializy pacjenci otrzymują standardowy posiłek w postaci 3 półtłówek jabłka, 2 (lub więcej) landryn i pół kubka gorzkiej herbaty lub przegotowanej wody. Po zakończeniu dializy pacjentom podaje się posiłek regeneracyjny w postaci dwóch bułek z wysokogatunkową wędliną lub białym serem oraz na życzenie pacjenta z, lub bez masła. Posiłek regeneracyjny spożywany jest w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu. Wszystkie posiłki podawane są w naczyniach jednorazowego użytku. W pomieszczeniach dializacyjnych wprowadzono zakaz spożywania posiłków przynoszonych przez pacjen-

tów. Należy zaznaczyć, że dowozem posiłków na wszystkie oddziały i ich wydaniem pacjentom zajmują się technicy żywieniowi. Pacjentów wymagających karmienia karmią dietetyczki. Jedynie pacjentów w stanie ciężkim karmią pielęgniarki.

W Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym ogromny nacisk kładzie się na właściwą edukację pacjentów, którą rozpoczyna się już w poradni nefrologicznej. Szkoleniem pacjentów zajmuje się dietetyczka. To ona nawiązuje pierwszy, bliższy kontakt z pacjentem, uczy go posługiwania się miarami gospodarczymi oraz uświadamia specyficzność diety w chorobach nerek. Obowiązkiem dietetyczki jest poinformowanie chorego o przyczynach modyfikacji diety. Dietetyczka pomaga zrozumieć pacjentowi, w którym momencie popełnił błąd żywieniowy. Edukacja ma na celu osiągnięcie takiego poziomu, aby pacjent mógł sam określić jak dieta, którą stosuje, wpływa na stan jego zdrowia. Należy zaznaczyć, że wszystkie zalecenia żywieniowe dietetyczka ustala z lekarzem prowadzącym, uczestniczy w cotygodniowych odprawach lekarskich, w trakcie których omawiany jest stan zdrowia pacjentów dializowanych. Na podstawie aktualnych wyników badań na bieżąco ustala przyczynę nieprawidłowości i koryguje błędy dietetyczne. Edukacja nie ogranicza się tylko do osoby pacjenta, ale obejmuje również jego rodzinę. Pierwszy etap edukacji ma za zadanie uświadomienie pacjentom i ich bliskim, jakie zagrożenie niesie dla nich spożywanie pokarmów bogatych w potas i fosforany. Dlatego takie produkty spożywcze jak: pomidory, ogórki, rzodkiewki, ziemniaki (dozwolone po podwójnym płukaniu i obgotowaniu) muszą być wyeliminowane z diety, dopóki pacjent nie nauczy się gospodarować potasem. Musi on również zwracać baczną uwagę, czy wody mineralne, które wypija, nie są bogate w ten pierwiastek. Wzrost poziomu potasu we krwi objawia się bólem nóg, mrowieniem rąk i języka. Bardzo trudno jest ograniczyć zawartość fosforanów w diecie bez wpływu na podaż białka. Dlatego zaleca się spożywanie chudego mięsa (drób, cielęcina), wędlin wysokoga-

tunkowych, białego sera, niewielkich ilości mleka i białka jaja kurzego, które znakomicie wyrównuje wszelkie niedobory białka w organizmie. Ze względu na wysoką zawartość fosforanów i tłuszczów należy ograniczyć spożycie takich produktów, jak: podroby, ser żółty i topiony, ryby, żółtko jaj. Bardzo dobre rezultaty w ograniczeniu poziomu fosforu we krwi uzyskuje się dzięki zażywaniu Calcium Carbonicum (na początku lub w trakcie jedzenia). Stosowanie tego preparatu nie wymaga żadnych modyfikacji dietetycznych. Bardzo istotną sprawą jest ograniczenie ilości wypijanych płynów. Optymalny przybór wagi w okresie pomiędzy dializami, związany z retencją płynów, waha się w okolicach dwóch litrów. Osoby dializowane muszą sobie zdawać sprawę z tego, jakie ryzyko ponoszą wypijając duże ilości płynów. I tu znów z pomocą przychodzi dietetyczka, która eliminuje z diety potrawy powodujące uczucie pragnienia, zaleca jak zwalczać pragnienie minimalną ilością płynów.

Na uwagę zasługuje fakt, że pacjenci poradniani prowadzeni są nawet dwa lata na diecie ziemniaczanej. W ten sposób oddala się moment rozpoczęcia dializy. Dieta ziemniaczana dostarcza wszystkich niezbędnych aminokwasów za wyjątkiem metioniny, której niedobory uzupełnia się za pomocą środków farmakologicznych.

W Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym od kilku lat używa się metody kinetycznego modelowania mocznika do oceny adekwatności dawki dializy. Zadaniem dietetyczki jest ocena średniego spożycia białka przez każdego pacjenta. Ocenę tę dokonuje się raz w miesiącu na podstawie trzydniowego jadłospisu.

Wydaje się, że szpital krakowski to placówka wzorcowa i warto niektóre doświadczenia kolegów z krakowskiej stacji dializ przenieść na teren Akademii Medycznej w Gdańsku. Stała obecność dietetyczki na oddziale ułatwia pacjentom przestrzeganie restrykcyjnych zaleceń dietetycznych, a lekarzom umożliwia precyzyjną ocenę i monitorowanie stanu odżywienia pacjentów oraz osiągnięcie lepszego wyrównania stanu metabolicznego.

Stała opieka żywieniowa musi dotyczyć nie tylko pacjentów z niewydolnością nerek, ale niewątpliwie stanowią oni najbardziej skomplikowany problem w prowadzeniu dietetycznym. Idealnym byłaby obecność dietetyczki na każdym oddziale i to jest cel, do którego należy stopniowo dążyć.



prof. Barbara Krupa-Wojciechowska

Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AMG

100-lecie pomiarów ciśnienia tętniczego

uwagi świadka rozwoju terapii hipotensyjnej

Sto lat temu, w 1896 roku w turyńskiej *Gazecie Lekarskiej* Scypion Riva-Rocci (1863-1937) opisał nieinwazyjną metodę pomiaru ciśnienia tętniczego. Skonstruował on mankiety sfigmanometryczny i palpacyjnie obmacywał ciśnienie. Dla uczczenia tych badań zachowała się nazwa RR określająca wysokość ciśnienia tętniczego. W 1901 r. Cushing pojechał do Riva-Rocci zapoznać się z metodą i następnie zalecił mierzenie ciśnienia w czasie zabiegów operacyjnych - wprowadził oznaczenie wartości ciśnienia skurczowego czerwonym ołówkiem a szybkość tętna - niebieskim. Interesujące jest, że pielęgniarki nadal stosują ten typ oznakowania, ale oczywiście nikt nie wie, kto je pierwszy wprowadził. W 1905 r. Mikołaj Korotkow poradził, aby zamiast oceny palpacyjnej powrót fali tętna osłuchiwać słuchawką, stąd mówi się o fazach fali tętna Korotkowa.

Te proste nieinwazyjne metody przyczyniły się do zrewolucjonizowania metod nie tylko badawczych, ale i leczniczych i dlatego godne są omówienia. Zaczętkowały przejście od XIX-wiecznej medycyny tzw. Wirchowińskiej, której triumfem były badania sekcyjne, mikroskopowe oraz już duża wiedza patomorfologiczna - do rozwoju nauk fizjologicznych, biochemicznych, nowoczesnej epidemiologii, a także badań populacyjnych, których rozwinięciem przykładem są wielkie próby kliniczne.

EKG zaczęto wykonywać w 1908 roku, a echokardiografię dopiero w ostatnim ćwierćwieczu.

Jest interesujące, że medycyna będąc nauką empiryczną w małym stopniu jest kreatorem myśli filozoficznej. Jednak dzięki swemu pragmatycznemu charakterowi bardzo szybko adaptuje do swoich potrzeb postęp techniczny i wiedzę z różnych dziedzin nauki. I tak już w 1911 roku zaczęto propagować mierzenie ciśnienia tętniczego w zakładach ubezpieczeń. W 1915 r. Prudential Life Insurance przebadła 18.637 ubezpieczonych a w 1917 r. dr Fischer, dyrektor amerykańskiego zakładu ubezpieczeń, stwierdził, że ludzie z nad-

ciśnieniem tętniczym żyją krócej. Było to możliwe dzięki zastosowaniu metod statystycznych Laplace'a do analizy danych, a także dzięki nieinwazyjności i łatwej dostępności pomiaru ciśnienia w praktyce ambulatoryjnej. Pochodną tych stwierdzeń było powstanie pierwszych badań epidemiologicznych chorób niezakaźnych. Po raz pierwszy powodem badań lekarskich stało się nie zwalczanie chorób, a przewidywane czynniki ekonomiczne kosztów inwalidztwa i powikłań wzrostu ciśnienia (tab. 1).

Z początku nie wiadomo, jak nazwać chorobę charakteryzującą się wzrostem ciśnienia tętniczego. Zmiany stwierdzone sekcyjnie w naczyniach tętniczych nazywano degeneracyjnymi. Nazwę „hyperplesia” dla choroby, w której stwierdza się nadciśnienie tętnicze bez uchwytnej przyczyny zaproponował Allbutt w USA w 1915 roku, uprzednio nazywano ją chorobą „obscura”.

Po odkryciu adrenaliny w 1922 roku Lobbe opisał pheochromocytoma i zaczęto myśleć o operacjach nadnerczy. Już przed II wojną światową wiadomo wiele. Goldblatt wykonał w 1934 r. doświadczalne nadciśnienie naczyniowo-nerkowe i podkreślił rolę reninemii w patofizjologii nadciśnienia tętniczego.



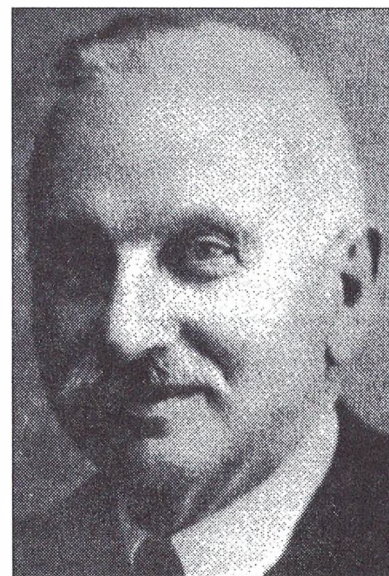
Mikołaj Korotkow (1874-1920)

II wojna światowa odwróciła uwagę od badań nadciśnienia, gdyż wtedy najważniejsze były, jak w czasie każdej wojny, infekcje i urazy. Ale w 1947 r. w USA rozpoczęto nieprzewidywalny wtedy w skutkach eksperyment epidemiologiczny. Zaczęto badać całą populację mieszkańców Framingham.

Wprawdzie już w 1914 r. Wolhard i Fahr opisali kliniczny obraz nadciśnienia tętniczego złośliwego, ale jeszcze w latach sześćdziesiątych ilość tych przypadków była znaczna. Chorzy ginęli, często młodzi ludzie, z powodu niewydolności nerek, niewydolności krążenia czy wylewów krwi do mózgu, a na dnie oka stwierdzano kolosalne zmiany.

Wiedzano już coraz więcej o przyczynach nadciśnienia. Dwóch najlepszych znawców tego zagadnienia - Page w USA i Pickering w Wielkiej Brytanii niezależnie od siebie wysunęli koncepcję wieloczynnikowych przyczyn występowania choroby. Page wykreślił swą znaną mozaikę, w której pokazał schematycznie wzajemne oddziaływanie czynników na siebie. Po latach rozszerzył ją jego uczeń Frohlich. Sir Pickering, nie wiedząc jeszcze o istnieniu genów, uważał, że dziedziczenie ma istotny wpływ na wysokość ciśnienia tętniczego. Obecnie potwierdzają to badania polimorfizmu genowego.

Uważano, że czynnikiem sprawczym kurczu naczyń tętniczych są zaburzenia neurogenne. Stąd najpierw starano się leczyć nadciśnienie tętnicze operacyjnie. Operacja Smithwicka w 1940 r. (łędźwiowa sympatektomia) u niektórych chorych powodowała poprawę. Zauważono również, że dieta ryżowa Kempnera także obniża ciśnienie (tab. 3). W 1950 roku zsyntetyzowano hexa-



Scypion Riva-Rocci (1863-1937)

metonium - pierwszy lek obniżający ciśnienie tętnicze. Lek ten blokował zwoje nerwowe i chorzy obok obniżenia ciśnienia mieli często przy pionizacji gwałtowne spadki ciśnienia tętniczego. W 1956 roku zsyntetyzowano rezerpinę, uprzednio znaną w Indiach jako lek sedatywny, a następnie stosowane do dzisiaj inhibitory monoaminooksydazy (MAO).

W 1958 r. Dustan i Page napisali, że można odwrócić, względnie nie dopuścić do nadciśnienia złośliwego. Podobnie uważał Schroeder. Wtedy w Polsce byliśmy jeszcze daleko od tych stwierdzeń, ale i u nas obraz choroby powoli odwracał się. Obecnie wykrywani młodzi profesorowie widzieli jedynie pojedyncze przypadki nadciśnienia złośliwego, podczas gdy w czasach lekarskiej młodości autora był to obraz powszechny. Dotyczył przeważnie młodych mężczyzn (dlatego współczesna

wiedza na temat choroby opierała się na obserwacji młodych mężczyzn) i dopiero w ostatnich latach zaczęto badać kobiety oraz ludzi starych i szukać odrębności w tych grupach chorych.

Lata pięćdziesiąte to odkrycie aldosteronu (tabl. 2) i zaraz potem opisany przez Cona zespół hiperaldosteronizmu pierwotnego, to lepsza diagnostyka nadciśnienia naczyniowo-nerkowego dzięki postępowi radiologii, to również lepsza diagnostyka pheochromocytoma. Wierzone wtedy, że z tzw. nadciśnienia samoistnego czy pierwotnego wyodrębnić się będzie coraz więcej przypadków nadciśnienia wtórnego. Później ta wiara zmniejszyła się, a badania hemodynamiczne i humoralne pozwoliły diagnozować chorych z tzw. nadciśnieniem granicznym, hiperkinetycznym, objętościowo zależnym itp. Posunęło to badaczy w kierunku szukania leków, które będą niwelować defekty

hemodynamiczne. Interesującym jest, że mało jest leków, które z założenia były lekami hipotensyjnymi. Do takich, poza wymienionymi blokerami zwojów nerwowych, należały hydralazyna, prazosyna, część leków działających centralnie jak klonidyna, także inhibitory enzymu konwertującego, których syntezę poprzedziło rozumienie działania układu renina-angiotensyna-aldosteron. Inne potężne leki weszły jakby „od tyłu”. Diuretyki zsyntetyzowano dla leczenia obrzęków, beta blokery i antagoniści kanału wapniowego dla zwalczania choroby wieńcowej, wtórnie stwierdzając ich walory hipotensyjne.

Leczenie nadciśnienia łagodnego zaproponował Freis w 1967 roku w wyniku pozytywnego efektu leczenia grupy chorych w szpitalach weteranów. Z początku nie miało to wielu entuzjastów. Argumenty terapii bowiem nie opierały się na obserwacji pojedynczych pacjentów, a na badaniach populacyjnych, które stały się możliwe dzięki rozwojowi komputeryzacji i badaniom prospektywnym. Jeszcze niedawno uważano, że norma ciśnienia tętniczego to „sto + wiek” obniżanie zatem nadciśnienia łagodnego, zwłaszcza u ludzi bez obiektywnych dolegliwości, nie budziło entuzjazmu ani u potencjalnych pacjentów ani u lekarzy, którzy mieli tych chorych nie tylko prowadzić, ale i wyszukiwać. W społeczeństwach zdyscyplinowanych, jak w USA, osiągnięto dobre rezultaty. U nas mimo powszechnej znajomości zagadnienia przez lekarzy efekty ciągle nie są najlepsze. Niemniej i w Polsce sytuacja epidemiologiczna zmienia się. Zależy to jednak w dużym stopniu od rozwoju nauki, nakładów finansowych, wyposażenia technicznego i wykształcenia grup ludzi, także nie lekarzy, zajmujących się profilaktyką.

W ostatnich latach na przebieg choroby mają wpływ opracowania zaleceń terapeutycznych. Wytyczne opracowują komitety narodowe i Międzynarodowe Towarzystwo Nadciśnieniowe. W Polsce o rozumieniu ważności zagadnienia świadczy to, że podstawowe leki z każdej grupy środków hipotensyjnych (diuretyki, beta blokery, antagoniści kanału wapniowego, inhibitory enzymu konwertującego, alfa blokery i leki działające na centralny układ nerwowy) są produkowane w kraju. Nawet jeżeli nie są najbardziej wyszukane farmakologicznie, to mogą zaspokoić podstawowe wymagania. Powoli wchodzi na rynek również leki działające bardziej finazyjnie, a stosowanie prewencji i leczenia nefarmakologiczne-

Tablica 1. Pomiary i epidemiologia

1896	Riva-Rocci publikuje w <i>Gazetta Medica di Torino</i> metodę palpacyjną pomiaru ciśnienia przy użyciu sfigmomanometru
1905	M. Korotkow wzbogacił metodę osłuchiwaniami tętnic
1908	Wykonano pierwsze badanie ekg
1911	Fischer zaleca mierzenie ciśnienia w zakładach ubezpieczeń
1915	„Prudential” firma ubezpieczeniowa - dane 18637 ubezpieczonych
1917	Dr Fischer stwierdza na podstawie danych Amerykańskiego Towarzystwa Ubezpieczeniowego, że u ludzi z wyższym ciśnieniem jest wyższa umieralność. Pierwsze badanie prospektywne w świecie.
1939	II Zjazd lekarzy zakładów ubezpieczeń, 1.309.000 przebadanych „jest prawdą, że statystycy nic nie wiedzą o medycynie, ale nieszczęściem jest, że lekarze mało lub nic nie wiedzą o statystyce”
1949	W USA powołano Narodowy Instytut Chorób Serca, zaczęto badać populację Framingham
1963	Pierwsze badanie prospektywne terapii w porównaniu z placebo
1980	Wielkie próby kliniczne (komputeryzacja, lekarze więcej już wiedzą o statystyce)
1986	Znaczenie prognostyczne powiększenia lewej komory, badanie elektro- i echokardiograficzne
1990	Badania czynników środowiskowych, dieta, wysiłek fizyczny, czynniki ryzyka
1992	Identyfikacja genów angiotensyny u rodzeństwa z nadciśnieniem
1996	Czyżby wstęp do indywidualizowanej prewencji? XXI wiek

Tablica 2. Nauki podstawowe

1898	Tigerstedt i Bergman stwierdzili, że wyciąg z nerki podwyższa ciśnienie „renina”
1901	Izolacja i synteza adrenaliny - Jokichi Takamine
1922	Labbe opisał pheochromocytoma
1922	Odkrycie insuliny
1934	Goldblatt wywołał eksperymentalnie nadciśnienie naczyniowo-nerkowe
1940	Braun-Menéndez i Page proponują termin angiotensyna
1952	Izolacja aldosteronu i synteza cortisonu
1955	Conn rozpoznał pierwotny aldosteronizm
1954	Steggs w USA, Peart w Anglii izolują angiotensynę I i II
1980	Rola śródbłonna, endotelina, ostatnio NO
lata 1990	Polimorfizm genów stwierdzony laboratoryjnie, uprzednio podejrzewany intuicyjnie przez Sir Pickeringa

Tablica 3. Leczenie hipotensyjne

1914	Volhard i Fahr opisali obraz kliniczny nadciśnienia złośliwego
1940	Smithwick opisał lędźwiową splachnicectomię
1944	Dieta ryżowa Kempnera
1950	Hexametonium (pierwszy przeciwnadciśnieniowy ganglioblokier)
1953	Hydralazyna
1956	Synteza rezerpiny (znana w Indiach od 1833)
1958	Dustan i Page donoszą o konieczności leczenia nadciśnienia tętniczego złośliwego
1959	Hydrochlorotiazyd w praktyce hipotensyjnej
1963	Veterans Administration - pierwsza próba hydrochlorotiazyd, rezerpina albo hydralazyna w porównaniu z placebo
1964	Propranolol leczy angina pectoris efekty w leczeniu nadciśnienia
1965	Ferreira izoluje z jadu węża substancję działającą na bradykininy
1966	Odkrycie nifedypiny i clonidyny
1967	Freis w wyniku badań Veterans Administration proponuje leczenie nadciśnienia łagodnego
1969	Fleckenstein proponuje nową grupę leków - blokery kanału wapniowego
1971	Pierwsze doniesienie o inhibitorach enzymu konwertującego
1976	Badania nad rodzeństwem genetycznym i adoptowanym
1978	Pierwsze duże próby leczenia kaptopilem
1982	Beta-blokery selektywne
1986	Znaczenie prognostyczne powiększonej lewej komory mierzonej elektro- i echokardiograficznie
1990	Programy leczenia nadciśnienia tętniczego w subpopulacjach chorych zależnie od czynników ryzyka
1994	Kaplan stwierdził, że 30% Amerykanów między 55 a 64 rokiem życia bierze leki hipotensyjne i 40% między 65 a 74 r. ż.

go pozwoli zapobiegać lub opóźnić powstawanie choroby.

Badanie populacji Framingham i inne podobne badania np. w Finlandii pokazały, że czynniki ryzyka mają istot-

Światowy Dzień Zwalczania Cukrzycy

W 1996 roku Światowy Dzień Zwalczania Cukrzycy ma szczególnie uroczysty charakter ze względu na przypadającą 75 rocznicę odkrycia insuliny. 14 listopada 1921 roku, Frederic G. Banting oraz Charles H. Best z Zakładu Fizjologii Uniwersytetu w Toronto na posiedzeniu Physiological Journal Club ogłosili wyniki badań wykazujących, że alkoholowe ekstrakty z trzustki zawierają substancje obniżające stężenie glukozy we krwi. Trzy miesiące później wyciąg z trzustki wstrzyknięto po raz pierwszy choremu na cukrzycę 14-letniemu Leonardowi Thompsonowi. W 1923 roku Banting oraz kierujący Zakładem Fizjologii MacLeod uhonorowani zostali Nagrodą Nobla w dziedzinie medycyny.

Z okazji Światowego Dnia Zwalczania Cukrzycy, 22 listopada 1996 roku w gmachu Państwowej Filharmonii Bałtyckiej odbył się uroczysty koncert pod dyktando Daniela Gazona.

W skład Komitetu Organizacyjnego weszli lekarze diabetologów z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, pracownicy Samodzielnej Pracowni Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej AMG oraz członkowie Gdańskiego Oddziału Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Dochód z koncertu przeznaczony został na rozwój Regionalnego Centrum Diabetologicznego w Gdańsku. W organizację tej uroczystości znaczącą pomoc finansową wniosło wiele firm farmaceutycznych i poza farmaceutycznych. Korzystając z okazji, chciałbym serdecznie podziękować za współpracę sponsorom i organizatorom imprezy.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
prof. Czesław Wójcikowski

ny wpływ na rozwój miażdżycy i choroby wieńcowej. Zauważono, że chorych na nadciśnienie tętnicze pierwotne można podzielić na subpopulacje wymagające często innego leczenia wspomagającego, a także zaczęto zwracać uwagę, czy leki hipotensyjne nie zaburzają pierwotnego defektu. Zauważono, że część chorych jest nadmiernie otyła i często mają oni zaburzenia lipidowe. Stwierdzono, że inaczej leczy się kobiety z nadciśnieniem w okresie klimakterium, a także ludzi w wieku podeszłym. U części ludzi zdrowych występuje także pierwotna hiperinsulinemia i insulinooporność. Są to kandydaci do nadciśnienia tętniczego, ale i cukrzycy typu II.

Od 1986 roku zwraca się uwagę na przerost lewej komory mięśnia sercowego, która nie zawsze jest skutkiem długości trwania nadciśnienia tętniczego, ale niekiedy występuje jakby równolegle. Rozwój możliwości śledzenia funkcji lewej komory i podatności naczyń pokazał, że leki hipotensyjne nie tylko obniżają ciśnienie, ale także potrafią odwrócić niekorzystną przebudowę struktur.

Niezwykle obiecujące są badania polimorfizmu genów, a zwłaszcza korelacja badań profilu genetycznego z zaburzeniami hemodynamicznymi i metabolicznymi, które mogą mieć znaczenie środowiskowe. Podobnie jak Riva-Rocci dał asumpt do rozwoju medycyny w XX wieku rozumienie znaczenia tych badań da nieprzewidywalny rozwój medycyny wieku XXI. Być może, tak jak obecnie przeżywamy okres prewencji „populacyjnej”, tak w przyszłości rozwinię się prewencja indywidualna.

Na ostatnim kongresie nadciśnieniowym w Glasgow ktoś powiedział, że odwrócenie obrazu nadciśnienia tętniczego godne by było Nagrody Nobla. Komu ją jednak należałoby przyznać? Powszechna choroba wymaga bowiem powszechnych starań. 100 lat pomiarów ciśnienia spowodowało zaangażowanie myśli ludzkiej. Poznanie defektów i ich zwalczanie zmieniło obraz choroby. Od młodego człowieka ginącego w latach 60. na nadciśnienie złośliwe do starca, któremu zwiększono komfort życia przeciwdziałając udarom mózgowym i niewydolności krążenia. W proces ten byli zaangażowani nie tylko lekarze, ale także rzesze specjalistów, jak matematycy, farmakolodzy, biochemicy a wreszcie sam chory, którego od dziecka chcemy wykształcić w kierunku samokontroli, zwłaszcza, jeżeli ma skłonność rodzinną do powstania tej choroby.



prof. Marek Hebanowski

NOWA SIEDZIBA

Katedry Medycyny Rodzinnej i Regionalnego Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Medycyny Rodzinnej

W dniu 11 grudnia 1996 roku odbyło się uroczyste przekazanie nowej siedziby Katedrze Medycyny Rodzinnej i Regionalnemu Ośrodkowi Kształcenia Lekarzy Rodzinnych. Dzień ten należy uznać za początek nowego, niezwykle ważnego etapu w działalności dydaktycznej i naukowej Katedry.

Uroczystość zaszczycili swoją obecnością JM Rektor Akademii Medycznej prof. Zdzisław Wajda, Panowie Prorektorzy, Władze Dziekańskie, Lekarz Wojewódzki dr Tadeusz Podczarski, członkowie Rad Wydziałów i inni zaproszeni goście oraz pracownicy Katedry.

Po oficjalnym powitaniu przybyłych przez kierownika Katedry prof. Marka Hebanowskiego głos zabral JM Rektor, podkreślając znaczenie wszechstronnego wykształcenia przed- i podyplomowego lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (poz) i od niedawna funkcjonujących lekarzy medycyny rodzinnej. Rektor zwrócił również uwagę na niezwykle istotną rolę przychodni rejonowych jako bazy dydaktycznej dla kształcenia przeddyplomowego przyszłych lekarzy rodzinnych w oparciu o ścisłą współpracę z lekarzami tam zatrudnionymi, a stanowiącymi kadrę tzw. „niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich”. Podkreślił przy tym pionierski charakter działań prof. Hebanowskiego w promowaniu nowej polidyscyplinarnej dziedziny wiedzy i praktyki klinicznej, który na życzenie Uczelni w roku 1979, po obronie pracy habilitacyjnej, zorganizował pierwszy w Polsce Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej (poszczególne etapy rozwoju Katedry przedstawia dołączone kalendarium).

Kolejnym gościem, który zabral głos podczas uroczystości, był Lekarz Wojewódzki dr Tadeusz Podczarski. W swojej wypowiedzi bardzo pozytywnie ocenił współpracę z naszą Uczelnią i Zakładem Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie kształcenia lekarzy poz, a obecnie lekarzy medycyny rodzinnej, datującą się już od roku 1980. Bezsprzecznie słuszny jest pogląd dr. Podczarskiego, który stoi na stanowisku, że organizacja podstawowej opieki zdrowotnej powinna mieć charakter pluralistyczny, co oznacza, iż w dużych i średnich miastach należy tworzyć tzw. praktyki grupowe, w

których obok lekarza rodzinnego (ogólnego) powinien być zatrudniany pediatra. Specyfika działalności lekarza w małych miastach i na terenach wiejskich natomiast nadaje jego pracy, sama przez się, charakter medycyny rodzinnej. Ten pogląd znalazł swoje odbicie w polityce edukacyjnej i finansowej w odniesieniu do całego cyklu szkolenia lekarzy z terenów wiejskich województwa gdańskiego w ramach tzw. „krótkiej ścieżki”.

Na zakończenie głos zabrala prof. Barbara Krupa-Wojciechowska, w wypowiedzi której podkreślić należy pozytywną ocenę efektywności modelu „ordynatora podstawowej opieki zdrowotnej”, wprowadzonego w życie w roku 1981. Funkcję tę pełnią doświadczeni lekarze z II^o specjalizacji, zatrudnieni w przychodniach rejonowych. Są oni konsultantami w szeroko pojętej internie, pełnią nadzór merytoryczny nad grupą lekarzy ogólnych, a także stanowią pomost łączący Katedrę z afiliowanymi przychodniami rejonowymi, w których prowadzone są zajęcia ze studentami.

Ceremonię otwarcia nowej siedziby uświetniła znakomicie przygotowana oprawa gastronomiczna, której podjęła się dr med. Katarzyna Czuperska, była asystentka Katedry, obecnie przedstawiciel firmy farmaceutycznej Roche.



Historia rozwoju Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej

- | | |
|------|---|
| 1979 | Powstanie Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w ramach Instytutu Chorób Wewnętrznych
- baza dydaktyczna - afiliowane przychodnie rejonowe
- zatrudnieni tam lekarze rejonowi - niekonwencjonalnymi nauczycielami akademickimi |
| 1981 | Stworzenie modelu ordynatorów poz - ogniwa łączącego Zakład POZ z przychodniami rejonowymi |
| 1986 | Powierzenie ZPOZ zajęć z pediatrii prowadzonych przez lekarzy poradni dziecięcych w afiliowanych przychodniach; usamodzielnienie się ZPOZ |
| 1988 | Utworzenie Pracowni Dydaktyki Medycznej |
| 1991 | Wprowadzenie do programu kształcenia zajęć z medycyny paliatywnej i opieki nad pacjentami w okresie terminalnym choroby nowotworowej w oparciu o hospicjum w domach pacjentów |
| 1991 | Przekształcenie ZPOZ w Katedrę i Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej |
| 1992 | Przekształcenie Katedry i ZPOZ w Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej |
| 1994 | Początek kapitalnego remontu siedziby Katedry i Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy - przy współudziale PHARE. Półroczny staż zagraniczny dwóch najmłodszych asystentów Katedry |
| 1996 | Utworzenie w KZMR Zakładu Medycyny Paliatywnej |

Główne kierunki działalności naukowej Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej

- Ocena efektywności modelu kształcenia przeddyplomowego lekarzy rodzinnych
- Badania nad poziomem, rodzajem i dynamiką empatii (studenci, lekarze); oczekiwane cechy lekarzy rodzinnych
- Badania nad częstością występowania i znaczenia klinicznego bakteriomoczu bezobjawowego (u kobiet ciężarnych, u członków rodzin, u pacjentów z rozpoznaniem tocznia rumieniowatego układowego)
- Polidyscyplinarne badania nad populacją pacjentów z rozpoznaniem tocznia rumieniowatego układowego (aspekt kardiologiczny, nefrologiczny, neurologiczno-psychiatryczny)

Działalność dydaktyczna Katedry Medycyny Rodzinnej

- Kształcenie przeddyplomowe lekarzy od 1979 r.
- Ciągłe kształcenie podyplomowe lekarzy poradni ogólnych województwa gdańskiego od 1980 r.
- Ciągłe kształcenie podyplomowe lekarzy poradni dziecięcych województwa gdańskiego od 1988 r.
- Kształcenie podyplomowe w systemie 3-letnich rezydentur od 1993 r.
- Kształcenie podyplomowe tzw. „krótką ścieżką” w trzech województwach (gdańskie, śląskie i elbląskie) od 1995 r.
- Szkolenie lekarzy poradni ogólnych i pielęgniarek środowiskowych województwa gdańskiego w zakresie medycyny paliatywnej w ODKM od 1992 r.

Etyka dziennikarska

referat wygłoszony na IV Zjeździe redakcji
gazet akademickich w Lublinie

Uwagi wstępne

Etyka dziennikarska jest jedną z odmian etyki zawodowej, a ta przynależy do tzw. etyki szczegółowej. Kłopot zaś z wszelką etyką szczegółową (w tym zawodową) polega na konieczności łączenia kompetencji: by się kompetentnie wypowiadać, na przykład, na tematy bioetyczne, trzeba się znać zarazem na etyce i na biologii. O to zaś bardzo trudno, biorąc pod uwagę szybki rozwój wszystkich dziedzin nauki. *Ars longa, vita brevis*, powiadali starożytni: sztuka jest „długa” (tj. wymaga długiego czasu, by się z nią zapoznać), a życie krótkie. Dziennikarzem nie jestem. O etyce dziennikarskiej ośmielałem się stów parę powiedzieć na podstawie tej znajomości zawodu dziennikarza, która dostępna jest wszystkim. Liczę jednak na pomoc Państwa, co z kolei wiąże się ze specyfiką „zawodu etyka” (jeśli tak rzecz można).

Etyk nie może odwoływać się do swego autorytetu tak, jak to czynią przedstawiciele innych dyscyplin naukowych. Wierzmy na ogół historykom, fizykom, biologom, gdy nas informują o postępach poszczególnych nauk. Oczywiście, informacje przyjmowane „na wiarę” mogą być sprawdzone przez każdego, kto ma na to dość czasu, zdolności i ochoty. Nie wszystko jednak da się sprawdzić (*Ars longa* ...), więc jeśli nie mamy szczególnych powodów do nieufności, to autorytet naukowców respektujemy. Inaczej z etykami. Cóż byśmy powiedzieli, gdybyśmy teraz jako etyk obieścili, że z badań etyków wynika, iż któreś z przykazań Dekalogu przestało obowiązywać? Wiedza o tym, co jest moralnie dobre, a co złe, obchodzi każdego z nas i każdy rozumie, że respektować może tylko te normy moralne, których ważność sam poznał i uznał. Sokrates, zwany *Ojcem etyki*, powiedział co mówi, gdy przyrównywał swą misję do roli akuszerza, pomagającego innym „urodzić” wiedzę, którą oni już posiadają, choć sami tego nie są niekiedy świadomi. Ta pomoc polega na wydobyciu podstawowych przeświadczeń moralnych, próbie zrozumienia ich źródeł i wskazaniu na ich praktyczne konsekwencje. Wielką rolę grać tu musi rzetelne myślenie, nie dziw więc, że Sokrates, jako *Ojciec etyki*, był jednocześnie *Ojcem logiki*; *Ojcem logiki* w służbie etyki.

Tak więc tu swoje zadanie rozumiem: spróbuję wskazać na te elementy etyki dziennikarskiej, które wydają mi się szczególnie ważne, traktując jednak swą prelekcję tylko jako wprowadzenie do rozmowy, w której oczekuję pomocy ze strony tych, którzy się na dziennikarskiej profesji znają lepiej ode mnie.

Całość mych rozważań stanowić będzie komentarz do następującej tezy:

Znaczenie (sens i rangę) zawodu dziennikarza i jego odpowiedzialność wyznaczają dziś przede wszystkim trzy czynniki: wspomagana postępem technicznym intensywna wymiana informacji, reguły demokracji oraz prawa rządzące rynkiem.

§ 1. Informacja

Nihil volitum, nisi praecognitum: to jeszcze jedno stare adagium, godne przypomnienia: chcieć można tylko tego, co się jako warte chcenia - poznało. Im więcej wiem, tym więcej i lepiej mogę wybrać. Chociaż poddajemy się emocjom i namiętnościom (często o tym nie wiedząc), chociaż ulegamy naciskom otoczenia, na nasze zachowanie ma też niemały wpływ stan zdrowia, ciśnienie i wiele innych czynników od nas niezależnych, to jednak gdzieś „u spodu” pozostajemy istotami racjonalnymi: wybieramy to, co poznaliśmy jako dobro „warte chcenia”. Dlatego jednym z pierwszych aktów władzy totalitarnej jest zazwyczaj ograniczenie dostępu do informacji; odpowiednie jej dawkowanie i naświetlanie stanowi bowiem szczególnie skuteczne narzędzie społecznej manipulacji.

Oto więc pierwsze, najważniejsze zadanie dziennikarza, wyznaczające mu szczególnie ważną rolę w społeczeństwie: **zdobycie i przekazywanie informacji**. Im więcej wiemy, tym lepiej możemy wybierać. Wiedza o świecie nas otaczającym, o ludziach i ich pokręconych niekiedy losach, o codziennych i niecodziennych tragediach i radościach kształtuje naszą wrażliwość, buduje nasze wnętrza. To dlatego totalitarne sterowana cenzura była (i jest zawsze) tak groźna: nie tylko wpływa na błędny doświadczenia wybór dobra, ale formuje i umacnia chorą mentalność w społeczeństwie, nasyconą urojonymi wyobrażeniami, nadziejami i obawami. I dlatego też tak ważną, pośrednio wychowawczą funkcję pełnią dziennikarze.

Każda władza, nie tylko totalitarna, usiłując często ukryć prawdy dla siebie niewygodne, taka już jest ułomna ludzka natura. Z tego względu dziennikarz niejako spontanicznie sytuuje się w bardziej lub mniej zdecydowanej opozycji wobec ekip rządzących, zaś ludzie będący „u steru” traktują często dziennikarzy nieufnie. Niekończące się przy tym polityki lub inna osobistość stojąca „na świeczniku” musi być cynicznym obludnikiem, ukrytym złoczyńcą, oszukującym otoczenie dla własnych korzyści. Może być tak, że z racji sprawowa-

nej funkcji zależy mu na dobrym wizerunku siebie, ukrywa więc to, co ów wizerunek psuje w przeświadczeniu - niekiedy zasadnym - że ujawnienie tych kompromitujących szczegółów raczej zniekształci rzeczywisty obraz jego działalności, niż go skoryguje. Ta skłonność do ukrywania niewygodnych faktów skłania dziennikarza do szczególnej docieklivosti - i jest to zrozumiałe, ale to także grozi tendencyjnością. Niełatwym wymogiem dziennikarskiej uczciwości i inteligencji jest taka „obrobka” materiału (zazwyczaj obszerniejszego, niż to, co ma być efektem końcowym, np. reportażem), by przekazać społeczeństwu obraz, który sam dziennikarz uważa za najbliższy prawdzie. Nie jest łatwą rzeczą uwolnić się od uprzedzeń, których sobie człowiek zwykle nie uświadamia, a które - w przypadku pracy dziennikarskiej - łatwo mogą rzutować na innych.

Dziennikarz musi więc być spostrzegawczy i inteligentny, dociekliwy i uczciwy, odważny i komunikatywny. Oczywiście, są to cnoty mile widziane u wszystkich, ale dla dziennikarza szczególnie ważne, warunkujące sens i pożytek jego pracy. Niekiedy cnoty te musi zdobyć w stopniu heroicznym. Bywa, że zdobywanie i przekazywanie informacji w czasie wojny lub w obrębie totalitarnie rządzonego społeczeństwa (co też jest zresztą odmianą wojny) wiąże się z narażeniem własnego życia i nierzadkie są przypadki, gdy dziennikarz płacił cenę krwi za swą nieustępliwość.

§ 2. Demokracja

Demokracja powszechnie uznana jest dziś za system rządów wprawdzie nie idealny, ale najlepszy z możliwych. Systemów demokratycznych jest wiele, wspólne jest im jednak między innymi to, że władzę sprawują ci, których społeczeństwo wybierze, zgodnie zaś z tym, o czym mówiliśmy poprzednio, na ten wybór decydujący wpływ ma to, co o kandydatach do sprawowania władzy wiemy. Publikowanie informacji o wydarzeniach i osobach (zwłaszcza wysoko postawionych) z istoty swej mają więc znaczenie polityczne. Treść informacji, naświetlenie poszczególnych postaci, programów i wydarzeń, poważnie wpływa na nastroje społeczne i decyzje polityczne: czy to całego społeczeństwa (zwłaszcza przy urnach wyborczych), czy samych polityków. Nic dziwnego, że środowisko dziennikarzy uważane jest za „czwartą władzę” w społeczeństwie demokratycznym, obok ustawodawczej, sądowniczej i wykonawczej.

Co więcej: dobry dziennikarz to ten, który angażuje się w sprawy, o których mówi lub pisze. Zaangażowanie to sprawia, że niektóre ruchy społeczne lub partie i programy polityczne są mu bliskie, inne uważa za błędne lub szkodliwe. Ma on do tego prawo, może publicznie wyrażać swoje sympatie i opcje polityczne, rzecz w tym tylko, że im głębiej dziennikarz się w jakiś program angażuje, tym trudniej zachować

mu **niezależność i obiektywizm** w przekazie informacji, tym łatwiej zaś zakłada okulary, przez które jedne fakty widzi się wyraźniej, a innych wcale. Oczywiście, od subiektywizmu nikt z nas wolny nie jest, chodzi jednak o to, czy dziennikarz stara się przekazać to, co poznał jako ważną, wartą opublikowania prawdę, czy też wskutek swego zaangażowania uprawia kampanię propagandową, usiłując szlachetnymi intencjami usprawiedliwić „retuszowanie” obrazu, z którym się faktycznie zetknął.

Postulat obiektywizmu trudno przestrzegać także dlatego, że dziennikarz musi liczyć się z odbiorem swego komunikatu. Każdy przekaz informacji trafia na określoną mentalność i wrażliwość odbiorców - i dziennikarz, świadomie lub nie, liczy się z nią dobierając oraz naświetlając poszczególne fakty i wydarzenia. Na tym, nawiasem mówiąc, polegała i nadal polega istota dobrze pojętej cenzury. Jeśli pewne filmy opatruje się zastrzeżeniem, że są przeznaczone tylko dla dorosłych, to czyni się tak w przekonaniu, iż głowy i serca młodszych nie są dość przygotowane, by prawidłowo przyjąć obrazy, które skądinąd mogą trafnie oddawać ważne aspekty ludzkiego losu. Dlatego też cenzurą osłania się niektóre informacje o wielkiej wadze państwowej. Dziennikarz nie może ignorować tego, że jego działalność wzmacnia lub osłabia np. antagonizmy społeczne. Jak łączyć postulat rzetelnego przekazywania informacji z poczuciem **odpowiedzialności** za skutki swej działalności? I znów: niemało tu potrzeba inteligencji, a także pokory, by umieć przyjąć rzeczywistość taką, jaka jest, a nie taką, jaką naszym zdaniem należałoby pokazać społeczeństwu.

Odpowiedzialność dziennikarza ma jeszcze jedno oblicze. Mówi on bowiem (lub pisze) o konkretnej osobie, porusza realny problem, którego zazwyczaj nie da się rozwiązać jednym reportażem. Nie może więc ani pomijać przewidywalnych skutków swej działalności dla prywatnego życia tych, z którymi rozmawia i których niejako „upublicznia”, ani zapomnieć o sprawach, które sam poruszył i którym nadal bieg. Odpowiedzialność jest proporcjonalna do władzy. Dziennikarz ma władzę i na ogół jest tego świadomy. Pytanie, czy równie świadom jest odpowiedzialności, jaką bierze za ludzi i sprawy, w które się angażuje.

§ 3. Prawa rynku

Postulat liczenia się z rezonansem społecznym pracy dziennikarskiej nabiera szczególnego znaczenia w kontekście praw rynku. Nie wymyśliła ich współczesność, ale w systemie gospodarki kapitalistycznej, silnie współgrającej z demokratycznym modelem sprawowania władzy, prawa rynku odgrywają rolę szczególną. Mówiąc krótko, dziennikarz musi dbać o popularność: o to, by miał czytelników (albo widzów, albo słuchaczy; zawód dziennikarza rozumiemy to szeroko, ale

dla uproszczenia głównie będę mówił o „dziennikarzach piszących”) skłonnych wybrać twórczość raczej jego, niż konkurencji. W praktyce znaczy to, że będzie on szukał tego, co nowe, odbiegające od utartych szlaków; tego, co się dobrze sprzedaje - i pod tym kątem nade wszystko będzie liczył się z mentalnością i wrażliwością społeczną. Nawet jeśli pominiemy brukowce i inne pisma cynicznie okłamujące czytelników, to musimy liczyć się z pokusą, od której nie są zwykle wolni także politycy: chęci wypowiadania się „pod publiczność”, a więc mówienia nie tego, co sam autor uważa za prawdziwe i ważne, lecz tego (lub w taki sposób), co (lub jak) zdobędzie mu poklask.

Liczbę konkurentów pomniejsza okoliczność, że dziennikarze zazwyczaj specjalizują się w pewnej dziedzinie swej aktywności. Jest to zrozumiałe i pożądane tym bardziej, że nie sposób dziś znać się dobrze na wszystkim, a społeczeństwo oczekuje informacji fachowych. Postulat zapoznania się z dziedziną, w której się dziennikarz wypowiada, wynika już z podstawowego zadania zdobywania i przekazywania informacji, o którym mowa była wcześniej. Dotykam tej sprawy teraz, ponieważ dopiero w kontekście praw rynku (konkurencji) okazuje się, jak trudno ten zdawałoby się, oczywisty - postulat respektować. O sprawach należących do wąskiej dziedziny wiedzy trudno bowiem pisać zarazem **fachowo i atrakcyjnie**. Tekst trzeba napisać na określony termin, ująć go krótko i zrozumiale dla laików - no i, oczywiście, atrakcyjnie. Rzadko to się naraz udaje, stąd tak wiele w tak zwanych fachowych reportażach powierzchowności i szukania tanich sensacji. Konkurencja zmusza do pośpiechu, a także do obłudzenia wielu imprez na raz, co sprawia, że dziennikarz daje niekiedy sprawozdanie z imprezy, którą poznał tylko z rozsyłanych wcześniej zaproszeń (a których program ulega nierzadko zmianie). Praktyki to, oczywiście, naganne, ich utrwaleniu sprzyja jednak ciśnienie rywalizacji i konkurencji.

Jak każdemu człowiekowi, tak i dziennikarzowi przydarzają się pomyłki, a także zachowania nieuczciwe, kogoś krzywdzące. Podobnie jednak, jak politykom i wielu innym postaciom publicznym (w tym i księżom), dziennikarzom trudno się do błędu lub nieuczciwości przyznać. Mając „lepsze pióro” niż ich nie-dziennikarscy adwersarze, mogą oni efektywnie tuszować prawdę o swej nierzetelności lub innych brakach, „ratować twarz” w obawie przed utratą popularności, a może nawet pracy. Nic nie zastąpi tu prostego wymogu uczciwości, powiedzenia „przepraszam” tam, gdzie się zawiniło. Szkoda bowiem, jaką swym kłamstwem lub nieuctwem wyrządzić może dziennikarz, jest wprost proporcjonalna do „nagłośnienia” jego tekstów. A ponieważ o uproszczenia takie i krzywdy w zawodzie dziennikarskim łatwo, to może

warto szczególnie nacisk położyć na **beźstronność** połączoną z **życzliwością**, ta ostatnia bowiem z jednej strony ośmiela innych do rozmowy z dziennikarzami, z drugiej zaś pomaga samym dziennikarzom oddalić od siebie nadmierne ciśnienie praw rynku i ułatwia im głębsze, bardziej sprawiedliwe potraktowanie poruszanych spraw.

Na koniec dwie uwagi. Po pierwsze, nie tak dawno dowiedziałem się o powstaniu Komisji Etycznej, złożonej z szeregu dziennikarzy radia i telewizji publicznej, która przyjęła Kodeks Etyczny Dziennikarza (lub podobnie zatytułowany dokument, którego w rękę jeszcze nie miałem) jako podstawę dla wydawanych opinii i zaleceń dotyczących pracy dziennikarzy. Warto uprzytomnić sobie, że tego rodzaju kodeksy etyki zawodowej redaguje się zwykle dla tych zawodów, które odznaczają się szczególną rangą społeczną (lekarze, nauczyciele, oficerowie) i które nie są (bo nie mogą być) objęte w zadowalający sposób normami prawa ogólnego. Przepisy takich kodeksów różną mają moc prawną, ale zazwyczaj silniejsza jeszcze jest ich ranga moralna. Odwołują się one do pewnych ideałów, które muszą sobie uświadomić i zaakceptować ci, którzy pełnią określoną służbę, misję społeczną, wymagającą, zdaniem wielu, szczególnego „powołania”, bez którego trudno jest być dobrym nauczycielem, lekarzem czy psychologiem. Dobrze się stało, że również dziennikarze w Polsce widzą potrzebę utworzenia takiej komisji oraz zredagowania swego kodeksu, który pomoże im uświadomić sobie wysoką, ale i wymagającą pozycję, jaką w społeczeństwie zajmują.

Po drugie zaś wspomnieć chciałbym, że dla chrześcijanina powołanie i zawód dziennikarza ma głęboki sens religijny. Jak bowiem powiada św. Tomasz z Akwinu, wszelkie poznanie przybliża do Boga: Stwórcy i Pana Wszechświata, Jego pozwala lepiej poznać. Nawet więc, gdy dziennikarz docieka spraw świeckich i o żadnej rzeczywistości nadziemskiej nie myśli, to jednak przybliżając sobie, a następnie adresatom swych tekstów, jakąkolwiek prawdę, przybliża siebie i ich do Boga, pozwala lepiej wniknąć w Jego tajemnicę. Taki jest chrześcijański sens i doniosłość pracy zarówno naukowca, jak i dziennikarza: każdy z nich na swój sposób tropi w świecie ślady samego Boga i do Niego prowadzi innych. Reprezentując uczelniane czasopisma, łączy Państwo poniekąd obie te szlachetne funkcje, cennie w społeczności świeckiej, a jednocześnie głęboko wpisane w chrześcijańską perspektywę rozumienia Boga, człowieka i świata.

Andrzej Szostek MIC

Lublin, 25 września 1996 r.

W okresie międzywojennym - z uwagi na fakt, że na Pomorzu nie działała wówczas żadna wyższa szkoła - młodzież pomorska, pragnąca zdobywać wyższe wykształcenie, podejmowała studia zarówno w Politechnice (w Wolnym Mieście Gdańsku), jak i w różnych uczelniach polskich, głównie jednak w Poznaniu i w Warszawie.

Jedną z form aktywności społecznej pomorskiej młodzieży akademickiej była jej działalność w stowarzyszeniach powoływanych w danym ośrodku akademickim. Rola tych stowarzyszeń sprowadzała się z jednej strony do udzielania pomocy materialnej niezamożnym studentom z Pomorza, z drugiej zaś do działalności kulturalnej, a nierzadko społeczno-politycznej, poprzez odczyty, organizowane spotkania dyskusyjne, a nawet wydawanie czasopism. Akademickie Koło Pomorzan w Poznaniu powstało w latach 30. i było bardzo prężne. Dysponowało nawet własnym domem mieszkalnym przeznaczonym na kwaterę dla studentów pochodzących z Pomorza. Bezpośrednio po zakończeniu II wojny światowej Akademickie Koło Pomorzan (AKP) w Poznaniu zostało reaktywowane przez studentów pochodzących z Kociewia (Edmund Chróścielewski, wówczas już lekarz, pracownik naukowy Uniwersytetu Poznańskiego - pierwszy powojenny prezes Koła; Zbigniew Bruski - ówczesny student ekonomii - drugi prezes, obaj absolwenci Gimnazjum i Liceum w Starogardzie Gdańskim). Wkrótce Koło rozwinęło szeroką działalność, obejmując nią wszystkich studentów z Pomorza studiujących w Poznaniu. W celu lepszej realizacji swoich zadań (samopomocowych i kulturalnych) Akademickie Koło Pomorzan w 1946 roku wyłoniło sekcje regionalne. Najbardziej aktywne były sekcje: Kociewska (Starogard Gdański), Kraińska (Nakło) i Chojnicka. Powstanie sekcji regionalnych AKP zapoczątkowało integrację studentów pochodzących z danego obszaru „małej ojczyzny”, mimo iż studiowali oni w różnych uczelniach polskich, a więc nie tylko w Poznaniu. Tak np. do Sekcji Kociewskiej, powstałej oficjalnie 27.12.1946 r. (byłem jej pierwszym przewodniczącym), liczącej pod koniec 1947 roku ponad 30 członków, wstąpiło wielu studentów z Gdańska, w szczególności młodzi Kociewiaczy studiujący w ówczesnej Akademii Lekarskiej.

Wśród pierwszych członków Sekcji Kociewskiej AKP byli m.in.: Aleksandra Bartz, Tadeusz Bartz, Józef Bąkowski, Leonard Borowski, Zbigniew Bruski, Tadeusz Bruski, Klemens Cabański, Ewa Falkowska, Henryk Grajkowski, Jan

Gussman, Stefania Gussman, Janina Kamińska, Janusz Matecki, Janina Mazalon, Zygmunt Marczak, Kazimierz Mąkosa, Henryk Mulczyński, Marian Nagórski, Adam Przewoski, Zygmunt Przewoski, Marian Stankiewicz, Zofia Starzewska, Stanisław Szarmach, Józef Szwarc, Felicja Szykowna, Zdzisław Szykowny, Zdzisław Więckiewicz. W moim posiadaniu znajdują się niektóre dokumenty z tamtego okresu.

Przez cztery lata studenci prowadzili żywą i urozmaiconą działalność kulturalną na terenie ziemi kociewskiej. Organizowali występy własnego zespołu artystycznego, m.in. słynnego wówczas chóru rewelersów z doskonałym tenorem Leonardem Borowskim, nie-

czas potrzebne wielu studentom pochodzącym z Kociewia. Podkreślenia godne jest, że powodzenie tego typu działalności było rezultatem solidarnej i pełnej zapału pracy wszystkich członków Sekcji Kociewskiej, których udział w przygotowaniu imprez na terenie Starogardu, Tczewa, Czerska, Świecia, a później wszystkich większych miast Pomorza Zachodniego, decydował o znakomitych efektach.

Sekcja Kociewska AKP uzyskała również poparcie akcji samopomocowej ze strony starostów i burmistrzów miast kociewskich, a także wielkich zakładów pracy. Między innymi „Samopomoc Chłopska” w Starogardzie na wniosek AKP ustanowiła stałe stypendium dla

prof. Stefan Raszeja

Sekcja Kociewska Akademickiego Koła Pomorzan

zwykle sympatycznym synem rolnika z Piesienicy, absolwentem starogardzkiego Liceum. Chórem kierował student medycyny Stanisław Szarmach („Staś”) ze Starogardu, dziś lekarz neurolog w Słupsku, kompozytor i dyrygent chórów. Publiczność bawił dowcipnymi zapowiedziami i skeczami student ekonomii Zbigniew Bruski, późniejszy ekspert ds. rybołówstwa morskiego (m.in. dyrektor przedsiębiorstw połowów dalekomorskich).

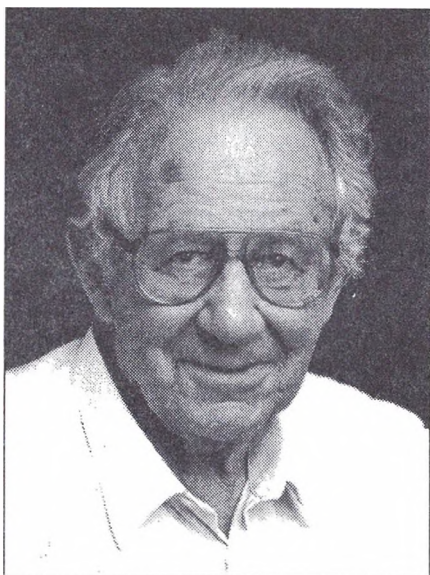
W realizacji programu artystycznego uczestniczyło szereg studentów, którzy później znani byli jako artyści (Elżbieta Zakrzewska) lub pisarzy (m.in. nieżyjący już poeta Franciszek Fenikowski). Wiele utworów wykonywanych przez zespół, to oryginalne kompozycje „Stasia” lub jego przeróbki innych znanych utworów. Do niektórych piosenek tekst pisał Franciszek Fenikowski.

Dużym powodzeniem cieszyły się wycieczki krajoznawcze, pozwalające młodym ludziom nie tylko poznać piękne zakątki Kociewia, ale i nawiązać kontakt z jego mieszkańcami i ich życiem codziennym. W programie były też wieczorki towarzyskie, bale i inne imprezy dochodowe, w których brało udział bardzo wielu kupców, przemysłowców, lekarzy i adwokatów. Był to przecież jeszcze okres żartobliwie nazywany „poślizgiem II Rzeczypospolitej”, w którym nie zlikwidowano jeszcze tzw. prywatnej inicjatywy. Uzyskane na drodze imprez dochodowych fundusze przeznaczono w całości na stypendia i zapomogi, tak wów-

kandydata na studia pochodzącego ze wsi. Członkowie sekcji zachęcali młodzież ze swoich okolic do studiowania, organizując zebrania informacyjne o warunkach studiów. Była to akcja bardzo potrzebna, gdyż bezpośrednio po wojnie ogromne były braki w szeregach inteligencji polskiej, w szczególności jednak pomorskiej. Z wielkim zapałem organizowano w czasie wakacji społeczną akcję oświatową, często łączoną z wyżej wspomnianymi imprezami artystycznymi w różnych miejscowościach Pomorza, m.in. w Słupsku i Koszalinie. Akcja ta cieszyła się ogromnym powodzeniem i była witana wszędzie z entuzjazmem. Zyskiwała też studentom wielu sympatyków.

Ta młodzież, kochając swoje miasto, swoją ziemię, swoją „małą ojczyznę” i szanując tradycję, dumnie i śmiało patrzyła w przyszłość, nie bacząc na ciemne chmury, które gromadziły się nad jej głowami. Najlepiej oddają to słowa hymnu AKP: „... dla Polski pracować, dla niej chcemy żyć, wiernymi też dziećmi Pomorskiej Ziemi być ...”. Niestety nadszedł rok 1950 - „apogeum stalinizmu”, kiedy to władze PRL brutalnie przerwały działalność Akademickiego Koła Pomorzan i jego sekcji, uznając istnienie tego rodzaju organizacji za „niecelowe”.

Sekcja Kociewska Akademickiego Koła Pomorzan była prawdziwą szkołą patriotyzmu, pracy społecznej i kulturalnej, dobrze pojętego koleżeństwa i solidarności, wzorcem godnym naśladowania.



Profesor Tadeusz Reichstein urodził się 20 lipca 1897 roku we Włocławku w rodzinie żydowskiej. W roku 1906 rodzina Reichsteinów przeniosta się do Zurychu, gdzie Profesor ukończył studia i rozpoczął karierę naukową na politechnice.

Po raz pierwszy spotkałem się z Profesorem Reichsteinem w roku 1936 w Zurychu, dokąd udałem się na rok jako stypendysta Funduszu Kultury Narodowej, celem zaznajomienia się z najnowszymi osiągnięciami w dziedzinie syntezy organicznej oraz metodami organizacji pracy naukowej.

Profesor pracował w Instytucie Chemii Organicznej Politechniki w Zurychu. Jego prace związane z syntezą witaminy C oraz rozpoczęte badania nad hormonami występującymi w korze nadnercza znalazły w tym czasie wielkie uznanie w świecie nauki.

Po wstępnej rozmowie z Profesorem otrzymałem propozycję opracowania pewnych tematów. Zacząłem pracę w laboratorium razem z kilkoma doktorantami. Moje kontakty z Profesorem podczas pobytu w Zurychu były bardzo częste, gdyż prawie każdego dnia odwiedzał laboratorium i osobiście interesował się przebiegiem wykonywanych prac. W rozmowie z Profesorem zawsze można było przedyskutować wszystkie zagadnienia związane z opracowanym tematem. Profesor chętnie i bezpośrednio dzielił się swą wiedzą. Jego uwagi i spostrzeżenia pomagały w prowadzeniu pracy. Miał dużą wiedzę teoretyczną i praktyczną oraz, co szczególnie podkreślam, wielki dar intuicji naukowej. Profesor mówił zawsze krótko, jasno i rzeczowo.

Nie ograniczał się jednak tylko do kierowania pracami naukowymi, ale udzielał się również towarzysko. W

okresie wiosennym i letnim, kiedy było już dość ciepło, Profesor razem z laborantem, asystentami i doktorantami udawał się, podczas przerwy obiadowej, na plażę nad Jeziorem Zuryskim. Tam po krótkiej gimnastyce i kąpeli spożywano posiłek, a potem wracano do pracy w laboratorium. W czasie weekendów organizował również wycieczki w góry. Były to moje pierwsze zetknięcia z wysokimi górami. Wówczas nauczyłem się, jak należy poruszać się i zachowywać na górskich szlakach. Do schroniska dochodziło się pieszo, po wyczerpującym marszu, tam nocowaliśmy, a rano wyruszaliśmy na zdobycie szczytu. Podczas tych wycieczek i w schronisku Profesor był uroczym, pełnym prostoty kolegą - zawsze pogodny, ale jednocześnie spostrzegawczy, umiejący ostrzec przed grożącym niebezpieczeństwem. Po rocznym pobycie w Zurychu wróciłem do kraju. Wkrótce przyszła wojna.

W roku 1938 Profesor przeniósł się do Bazylei, gdzie objął kierownictwo Katedry Chemii Farmaceutycznej w tamtejszym uniwersytecie, a później również kierownictwo Instytutu Chemii Organicznej (1946 - 1960) w nowo zbudowanym, dzięki jego staraniom, nowo-

one łatwo dostępne jako leki. Drugim aspektem prac Profesora było wykrycie i zbadanie szeregu glikozydów o działaniu nasercowym, które również znalazły zastosowanie w lecznictwie.

Po raz drugi zetknąłem się z Profesorem w roku 1962 już w Bazylei. Spotkanie było serdeczne i pełne życzliwości. Z pewną dumą pokazywał mi pięknie urządzone i doskonale wyposażone laboratorium swego Instytutu. Miał wielu współpracowników. Wśród nich znalazłem swego znajomego, dr. Józefa von Euw, laboranta Profesora jeszcze z Zurychu. W tym czasie do badań analitycznych zaczęto stosować chromatografię cienkowarstwową, bardzo pomocną przy identyfikacji związków organicznych. Dzięki uprzejmości Profesora mogłem w jego Instytucie zaznajomić się praktycznie z nowym rodzajem chromatografii, aby potem podzielić się zdobytą wiedzą z kolegami w kraju. W tym okresie Profesor cieszył się ogromną sławą jako uczony wielkiej miary. Jego osiągnięcia naukowe oceniła nauka całego świata, obdarzając go wieloma zaszczytami. Został powołany na członka honorowego wielu uczelni i instytutów naukowych, otrzymał tytuły doktora honoris causa szeregu uczelni oraz odznaczenia ho-

prof. Józef Sawlewicz

Wspomnienia o Profesorze Tadeuszu Reichsteinie (1897-1996)

czesnym gmachu Instytutu Chemii. W tym okresie rozwinął bardzo ożywioną działalność naukową i dydaktyczną. W dalszym ciągu prowadził, rozpoczęte w Zurychu, badania nad hormonami występującymi w korze nadnercza. Uzyskane sukcesy nad izolowaniem, identyfikacją a potem syntezą niektórych hormonów stały się podstawą do uhonorowania go w 1950 roku Nagrodą Nobla.

Prace nad tymi hormonami miały duże znaczenie ze względu na zastosowanie ich w lecznictwie. Zaczęto na bardzo szeroką skalę szukać dróg syntezy tych hormonów. Profesor zwrócił swoją uwagę na glikozydy, których aglikony miały budowę sterydową, zbliżoną do budowy hormonów z kory nadnercza. Rozpoczął intensywne badania nad izolowaniem i określaniem struktury glikozydów spotykanych w różnych roślinach. Prace Profesora doprowadziły do wykrycia aglikonów, z których stosunkowo łatwo można było otrzymać hormony. Dzięki tym pracom stały się

norowe w postaci medali z różnych instytutów i uczelni.

Parokrotnie spotkałem się z Profesorem w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Od roku 1967 był na emeryturze, ale bardzo intensywnie pracował naukowo. Interesujący jest fakt, że porzucił chemię, a zajął się badaniem paproci. Ten nowy kierunek zainteresowań pochłoniął go całkowicie. Przez szereg lat prowadził bardzo intensywne prace nad taksonomią paproci. Wyniki badań Profesora znalazły uznanie wśród specjalistów tej gałęzi botaniki. Stał się autorytetem o sławie światowej. Profesor mieszkał w Bazylei w uroczym domu otoczonym dużym ogrodem. Obok domu znajdowała się duża cieplarnia, pełna różnych odmian paproci sprowadzonych z całego świata. Profesor często zapraszał swoich gości do cieplarni i pokazywał nowe, ostatnio otrzymane odmiany paproci.

Podczas mojej ostatniej bytności u niego w roku 1995 opowiadał, że ma już

daleko zaawansowaną do druku dużą monografię o paprociach.

Jego osiągnięcia naukowe i sława, jaką cieszył się w świecie nauki, zostały ocenione przez polskie organizacje naukowe. W roku 1978 otrzymał tytuł doktora honoris causa Uniwersytetu Polskiego w Londynie. Włocławskie Towarzystwo Naukowe nadało mu dyplom honorowego członka, a Miejska Rada Narodowa we Włocławku uhonorowała Medalem Zasłużonego dla Miasta Włocławka oraz przyznała mu Honorowe Obywatelstwo. Polska Akademia Medycyny powołała Go na Członka Honorowego oraz odznaczyła medalem „Medicus Magnus”, a Polska Akademia Nauk przyznała Medal im. Mikołaja Kopernika. Został również powołany na członka honorowego Polskiego Towarzystwa Botanicznego. Telewizja Polska w 1994 roku przedstawiła film dokumentalny o Profesorze pt. „Ogrody Tadeusza Reichsteina”.

W roku 1995 odbyła się uroczystość nadania Profesorowi tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej w Gdańsku. Ze względu na stan zdrowia nie mógł przybyć osobiście na tę uroczystość. Prof. Stanisław Sterkowicz z Włocławka opracował szeroką monografię o Profesorze (dwa wydania 1980 i 1995).

Profesor był nie tylko wielkim uczonym - był również wielkim człowiekiem. Oprócz spraw związanych z nauką i jej organizacją dostrzegał obok siebie człowieka. Trudno wyliczyć, ilu ludziom Profesor pomógł. Była to zawsze pomoc bezinteresowna i życzliwa. Pomagał materialnie młodym naukowcom - dzięki czemu mogli ukończyć studia lub doktoraty. Wspierał finansowo organizacje charytatywne - szczególnie opiekujące się sierotami, które po wojnie znalazły się w Szwajcarii.

Los nie szczędził mu tragicznych przeżyć. W 1989 roku zmarła jego córka, Ruth, wszechstronnie utalentowana. Następne nieszczęście dotknęło Profesora w cztery lata później. Zmarła żona, z którą przeżył 66 lat - serdeczna towarzysząca jego życia. Profesor potrafił po tych bolesnych doświadczeniach wrócić do pracy naukowej, w czym na pewno pomogło mu grono przyjaciół i paprocie. Zajął się, jak już wspominałem, ukończeniem monografii o paprociach.

Wiem, że spotkałem na drodze swego życia Profesora, który był nie tylko uczonym o niezwykle szerokim zakresie zainteresowań, który dokonał przełomowych osiągnięć naukowych i technicznych, ale który jednocześnie zdołał zachować równowagę między pracą naukową a działalnością dydaktyczną i humanitarną. Był człowiekiem niezwykle skromnym, pełnym dobroci serca i życzliwości. Składam hołd jego pamięci.

Polaków można obecnie licznie spotykać na każdej znaczącej konferencji naukowej

„Turystyka naukowa”

Minęły (oby bezpowrotnie!) lata, gdy obecność polskich naukowców na sympozjach międzynarodowych bywała incydentalna. Owszem, zdarzało się spotkać polskich delegatów na bezbarwnych, oficjalnych lub półpolitycznych zgromadzeniach „działaczy naukowych”. Z reguły nie byli to wiodący w kraju specjaliści. Jednak oddając im sprawiedliwość przynajmniej, że nie wszyscy byli tylko administratorami nauki socjalistycznej. Zdarzali się uczeni prawdziwi, działający w dobrej wierze, wykorzystujący swe osiągnięcia badawcze w celu promowania nauki polskiej. Lokalne społeczności naukowe mają dobre rozeznanie, kto mógł, chciał i potrafił przysłużyć się naszej nauce. Nikt nie pozostanie niedoceniony, nierozpoznany. Mogą jedynie zająć pewne przemieszczenia na stopniach piedestałów.

Sytuacja była łatwa do rozszyfrowania przed 1989 r. Wyjeżdżała albo osobowość „polityczno-naukowa”, albo autentyczny w skali międzynarodowej autorytet, albo stypendysta. Teraz każda uczelnia wykazuje się bogatym udziałem swych przedstawicieli w konferencjach zagranicznych. I bardzo dobrze! Nic nie zastąpi kontaktów z czołowymi światowymi naukowcami, którzy w bezpośredniej rozmowie prawdziwie starają się wyjaśnić wszelkie wątpliwości i pomóc w rozwiązywaniu aktualnych problemów badawczych. Znający język angielski uczestnik sympozjum międzynarodowego może zaoszczędzić sobie wielu miesięcy wysiłków i „zatutnić” przy okazji dobry staż podoktorancki. Najwyższe uznanie należy się organizacjom krajowym (KBN) i międzynarodowym (Fundacja im. Batorego) za umożliwianie polskim naukowcom kontaktów ze światem.

Po okresie oczarowania wolnością i nowymi możliwościami należałoby może nieco krytycznie spojrzeć na aktualną rzeczywistość. Czy dobrze wydajemy wszystkie (skromne!) pieniądze przeznaczone na naukę? Czy „turystyka naukowa” nie staje się polską specjalnością?

W tym miejscu pominiemy tzw. wyjazdy naukowo-szkoleniowe. Anegdotalne są „szkolenia” w uroczych zakładkach Afryki i Ameryki Południowej dla aptekarzy i lekarzy, którzy mogą istotnie wpływać na kształtowanie się rynku leków. Nie będę „psem ogrodnika”. Ciężka, najwyższej jakości, pełna oddania praca tych ludzi zasługuje na uczciwe uznanie - bez oglądania się na dwuznaczne dowartościowania zagranicznych koncernów farmaceutycznych. Ale to jest problem tych koncernów - skądinąd znanych ze sloganów o uczciwej konkurencji i o kierowaniu się dobrem pacjenta.

Zatem dobrze jest, że Polaków można obecnie licznie spotykać na każdej znaczącej konferencji naukowej - od San Francisco do Osaki. Niestety, rzadko są to wygłaszający referaty, za rejestrację których płać organizatorzy. W tym względzie biją nas na głowę chociażby Czesi. Globalnie jednakże przewyższamy liczebnością naszych współpracowników z socjalistyczną przeszłością. Oczywiście, udział z plakatem jest tylko zaznaczeniem obecności i sam przez się nie stanowi wybitnego osiągnięcia. Znane mi amerykańskie instytucje naukowe nie finansują swym pracownikom więcej niż jednego-dwóch sympozjów rocznie. Obrótni Polacy mogą zwiedzić więcej, chwalebnie przy tym przyczyniając się do zwiększenia rentowności imprez obliczonych na, powiedzmy, kilkuset uczestników.

Są uczelnie, które cechuje rozsądna ostrożność. W badaniach własnych pozwalają przeznaczyć na wyjazdy tylko jakiś ułamek dotacji. Znane są jednak i sytuacje, gdy fundusze na badania własne w 100 proc. wykorzystywane bywają na udział w konferencjach zagranicznych. Żeby było śmieszniej, niektórzy z wyjeżdżających nie dysponują poza tym żadnymi funduszami na rzeczywiste badania. No, ale podróże kształcą!

[Forum Akademickie nr 11,
listopad 1996, str. 17]

SEKCJA PŁYWACKA AZS AMG

PŁYWACKA LIGA MIĘDZYUCZELNIANA

Na starcie I rzutu ligi międzyuczelnianej w pływaniu stanęło 5 reprezentacji kobiet i mężczyzn z pięciu uczelni Wybrzeża. W tej imprezie uczestniczą wyłącznie pływacy-amatorzy, którzy nie są członkami klubów sportowych pozauczelnianych.

Naszą Uczelnię reprezentowało 17 pływaczek i 17 pływaków. Najlepszy wynik w naszej ekipie uzyskał student II roku Wydz. Lek. Arkadiusz Sprawka, który zdobył II miejsce w konkurencji 100 m stylem grzbietowym uzyskując bardzo dobry wynik 1:09,98 min. Również nasze zespoły sztafetowe, w konkurencji 50 m stylem dowolnym, zajęły dobre III miejsce.

Kobiety wystąpiły w składzie: Małgorzata Murawska (VI Lek.), Katarzyna Orzechowska (I Stom.), Zuzanna Perz-Anzelewicz (I Stom.), Małgorzata Łaska (VI Lek.) uzyskując wynik 2:38,00 min. Zaś mężczyźni w składzie: Dominik Łoś (IV Stom.), Krzysztof Żyto (IV Stom.), Daniel Zaborowski (III Lek.), Robert Szymczak (I Lek.) uzyskali rezultat 2:00,65 min.

Nasze zespoły w tej imprezie zaprezentowały się bardzo dobrze, ulegając jedynie silniejszym reprezentacjom AWF i Politechniki Gdańskiej.

Oto wyniki zespołowe oraz najlepsze rezultaty indywidualne naszych reprezentantów: **Punktacja drużynowa:**

Kobiety:		Mężczyźni:	
1. AWF	128 pkt.	1. AWF	141 pkt.
2. PG	105 pkt.	2. PG	107 pkt.
3. AMG	71 pkt.	3. AMG	73 pkt.
4. UG	62 pkt.	4. WSM	63 pkt.
5. WSM	22 pkt.	5. UG	43 pkt.

Wyniki indywidualne:

Kobiety:

100 m st. dow.: 1. D. Babińska AWF - 1:08,24; 5. K. Orzechowska AMG - 1:24,44; 7. A. Zbierchowska AMG - 1:29,23; 100 m st. klas.: 1. B. Rusiłowicz PG - 1:28,65; 6. M. Murawska AMG - 1:39,07; 8. M. Szaduro AMG - 1:41,16; 100 m st. grzb.: 1. E. Penar WSM - 1:10,07; 7. M. Putryn AMG - 1:47,68; 8. A. Grzyb AMG - 1:52,18; 100 m st. zm.: 1. A. Bielecka AWF - 1:17,43; 6. M. Murawska AMG - 1:32,41; 7. M. Szaduro AMG - 1:37,26; 50 m st. mot.: 1. E. Penar WSM - 0:31,90; 7. Z. Perz-Anzelewicz AMG - 0:42,73; 8. M. Putryn AMG - 0:44,93

Mężczyźni:

100 m st. dow.: 1. M. Radzicki AWF - 0:54,37; 7. A. Gołat AMG - 1:16,47; 9. M. Murawski M. AMG - 1:22,82; 100 m st. klas.: 1. Z. Szczerbik AWF - 1:13,73; 6. M. Barszczewski AMG - 1:27,51; 9. R. Szymczak AMG 1:29,11; 100 m st. grzb.: 1. S. Cieśliński AWF - 1:05,67; 2. A. Sprawka AMG - 1:09,98; 6. D. Zaborowski AMG - 1:19,89; 100 m st. zm.: 1. M. Radzicki AWF - 1:02,12; 7. A. Gołat AMG - 1:28,49; M. Łaska AMG - 1:33,42; 50 m st. mot.: 1. M. Osiński AWF - 0:28,41; 5. D. Łoś AMG - 0:32,30; 6. K. Żyto AMG - 0:35,68.

**Sekcja pływacka Klubu Uczelnianego AZS
AMG składa najserdeczniejsze życzenia
Szczęśliwego Nowego Roku 1997 wszystkim
nauczycielom i sympatykom pływania**

SUKCES NASZYCH AKADEMICZEK W „OLIMPIADZIE STUDENTÓW I ROKU”

W dniu 26 listopada br. odbyła się „Olimpiada Studentów I roku” w pływaniu. Uczestniczyły w niej ekipy reprezentacyjne 6. uczelni trójmiejskich, wśród nich nasza AMG licząca 19 osób, w tym 9 studentek.

Występy naszych najmłodszych pływaczek zakończyły się ogromnym zespołowym sukcesem. Po raz pierwszy w historii „Olimpiad Lat Pierwszych” zdobyły one I miejsce, uzyskując 359 pkt. i wyprzedzając swoje koleżanki z Uniwersytetu Gdańskiego (356 pkt.), a nawet Akademii Wychowania Fizycznego (345 pkt.). Nie na próżno zdały się trudy poznawania techniki pływania „delfinem”, bo właśnie w tej konkurencji zdobyły najwięcej punktów. Również z wielkim zaangażowaniem walczyli w wodzie nasi studenci, zajmując V miejsce (214 pkt.).

W pierwszym występie w zawodach na arenie międzyuczelnianej wszyscy nasi pływacy poprawili wyniki w swoich konkurencjach. Obiecującym faktem, wskazującym na właściwą realizację przyjętego programu szkoleniowego jest poprawienie aż 68% spośród wszystkich uzyskanych wyników. W tym miejscu chciałbym wyróżnić wszystkie reprezentantki naszej Uczelni, podając również ich wkład w sukces zespołowy. Oto one:

Katarzyna Orzechowska (Stom.) - 49 pkt.; Agata Czufryn (Lek.) - 48 pkt.; Magda Konkol (Lek.) - 43 pkt.; Małgorzata Putryn (Lek.) - 42 pkt.; Justyna Wesołowska (Lek.) - 38 pkt.; Monika Syc (Lek.) - 37 pkt.; Olga Błaszczak (BT) - 36 pkt.; Ewa Tokarczyk (Lek.) - 26 pkt.

Poniżej najlepsze wyniki „Olimpiady” oraz miejsce w pierwszej dziesiątce wyników zajęte przez naszych reprezentantów.

Kobiety:

50 m st. dow.: 1. E. Penar WSM - 0:30,75; 6. K. Orzechowska - 0:36,24; 9. Z. Perz-Anzelewicz - 0:37,92; 50 m st. klas.: 1. I. Nowak UG - 0:40,32; 6. A. Czufryn - 0:48,40; 9. O. Błaszczak - 0:50,26; 10. J. Wesołowska - 0:50,35; 50 m st. grzb.: 1. A. Bielecka AWF - 0:35,73; 9. M. Syc - 0:48,75; 10. M. Putryn - 0:49,13; 50 m st. mot.: 1. E. Penar WSM - 0:33,44; 5. Z. Perz-Anzelewicz - 0:41,85; 7. K. Orzechowska - 0:48,20; 9. M. Konkol - 0:51,60.

Mężczyźni:

50 m st. dow.: 1. S. Prędko AWF - 0:25,66; 26. M. Murawski AMG - 0:35,88; 50 m st. klas.: 1. S. Prędko AWF - 0:31,06; 6. R. Szymczak AMG - 0:39,30; 10. P. Kondracki AMG - 0:42,52; 50 m st. grzb.: 1. M. Kaczmarek AWF - 0:27,78; 16. A. Warzocha AMG - 0:44,30; 50 m st. mot.: M. Kaczmarek AWF - 0:26,59; 13. R. Szymczak AMG - 0:37,18.

Punktacja końcowa:

Kobiety		Mężczyźni	
1. AMG	359	1. PG	460 pkt.
2. UG	356 pkt.	2. AWF	379 pkt.
3. AWF	349 pkt.	3. UG	306 pkt.
4. PG	309 pkt.	4. WSM	273 pkt.
5. WSM	62 pkt.	5. AMG	214 pkt.
6. AMW	35 pkt.	6. AMW	124 pkt.

Wszystkim uczestnikom „Olimpiady” składam serdeczne gratulacje oraz życzę podobnych sukcesów w zbliżającej się sesji egzaminacyjnej. Chciałbym również podziękować wszystkim nauczycielom akademickim, którzy wykazują wiele zrozumienia i umożliwiają członkom klubu uczelnianego AZS AMG godzenie obowiązków studenta z obowiązkami reprezentanta naszej Uczelni w zawodach sportowych.

Trener sekcji pływackiej: mgr Krzysztof Orzechowski

Uczelniany Samorząd Studencki

Szanowni Państwo!

Uprzejmie informujemy, że studenci podczas II Walnego Zebrania wybrali swoich przedstawicieli do Zarządu Uczelnianego Samorządu Studenckiego. Pragniemy serdecznie podziękować wszystkim, którzy swoją społeczną pracą przyczynili się do powstania i sprawnego funkcjonowania Samorządu, w szczególności kol. Dagmarze Karczewskiej - pierwszej przewodniczącej USS. Poniżej podajemy skład Prezydium oraz godziny dyżurów:

przewodnicząca:	Agnieszka Olszewska
zastępcy przewodniczącej:	Marek Korożon, skarbnik Maciej Cherek, rzecznik

Studenckie SOS

Uczelniany Samorząd gdańskiej Akademii Medycznej w dniu 9 grudnia 1996 r. powołał do życia Studencką Organizację Samopomocy SOS im. Ireneusza Reglińskiego.

Celem organizacji będzie niesienie pomocy ofiarom przemocy należącym do środowiska akademickiego, propagowanie szlachetnych postaw społecznych, publikowanie i rozpowszechnianie informacji o zagrożeniach dla bezpieczeństwa. Ponadto stowarzyszenie zamierza nagradzać studentów osiągających najlepsze wyniki w nauce oraz tych, którzy wyróżniają się aktywnością społeczną.

Koło PCK działa ponownie!

Z przyjemnością zawiadamiamy, iż z dniem 4 listopada 1996 r. wznowiło działalność Studenckie Koło PCK przy Akademii Medycznej w Gdańsku. Podstawą działalności ww. koła jest Statut Polskiego Czerwonego Krzyża z 2.04.1996 r. oraz protokół reaktywacji z 30.10.1996 r. zatwierdzony przez JM Rektora AMG. Opiekunem koła jest Pani prof. Zofia Zegarska. Tablica informacyjna znajduje się w holu głównym Budynku Zakładów Teoretycznych.

Zainteresowanych działalnością koła prosimy o kontakt: Grzegorz Kozera i Maciej Cherek - V r. WL oraz Pani prof. Zegarska.

Zapraszamy do współpracy.

Dzięki za *Adapciaki'96*

Kol. kol. Magdalenie Stojek i Jarosławowi Tóth serdecznie dziękujemy za trud i poświęcenie włożone w zorganizowanie i przeprowadzenie *Adapciaków'96*. Mamy nadzieję, że dzięki Waszemu zaangażowaniu idea obozów adaptacyjnych dla studentów roku zerowego stanie się tradycją na naszej Uczelni.

W imieniu Zarządu USS
Maciej Cherek

Siedziba: Klub „Medyk”, pok. nr 6

Dyżury Zarządu:

pon.	17.00 - 18.00	Agnieszka Olszewska, WL OS
wt.	12.00 - 13.00	Tomasz Nowakowski, WL
śr.	17.00 - 18.00	Marek Korożon, WL
czw.	17.00 - 18.00	Katarzyna Maternicka, WF

Jeżeli szukasz pomocy, potrzebujesz koleżeńskiej porady, to skontaktuj się z nami. W ww. godzinach możesz pofatczyć się z nami telefonicznie: 47 82 22 wew. 11-89.

Skrzynka listowa Samorządu znajduje się pod naszą gałotą w Budynku Zakładów Teoretycznych, na parterze.

Zapraszamy do współpracy.

RADIO MEDYK

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Z dniem 8.12.1996 r. rozpoczął swoją działalność radiowęzeł potocznie zwany Radio „MEDYK”.

Swoim zasięgiem obejmuje dwa bloki domu studenckiego nr 1 (blok A i B). W niedalekiej przyszłości planujemy podłączyć także blok C. Docelowo Radio „MEDYK” będzie można usłyszeć w pozostałych akademikach, DS nr 2 oraz DS nr 3. Uzyskanie połączenia uzależnione jest jednakże od władz Uczelni.

Obecnie jesteśmy słyszalni tylko w tych dwóch blokach i dla nich to gramy codziennie od godz. 18.00 do północy, a w nocy włączamy trójmiejską stację radiową.

Wszelkie prośby i uwagi dotyczące treści i sposobu prowadzenia audycji prosimy kierować do studia Radia „MEDYK”, które znajduje się w bloku C DS nr 1, w trakcie trwania audycji lub do pokoju 144 DS nr 1.

Redaktor Naczelny Radia „MEDYK”
Marek Korożan

Cieciorkowy bal

22.11.1996 r. balem w hotelu Piast w Jelitkowie rozpoczęło się spotkanie uczestników „Cieciorki'96”.

Na bal, który trwał do białego rana, przybyło około 200 osób, w tym 64 osoby to podopieczni. Pozostali uczestnicy to opiekunowie studenci z Akademii Medycznej w Gdańsku, Uniwersytetu Gdańskiego oraz Politechniki Gdańskiej, sponsorzy, przedstawiciele zarządu lokalnego oraz okręgowego PCK.

Bal swoją obecnością zaszczylili: prof. Zofia Zegarska - opiekun koła PCK przy Akademii Medycznej w Gdańsku, prof. Alicja Kończakowska - Prorektor ds. Kształcenia w Politechnice Gdańskiej, Rektor Politechniki Gdańskiej prof. Aleksander Kołodziejczyk oraz Prorektor ds. Dydaktyki Akademii Medycznej w Gdańsku prof. Zenon Aleksandrowicz.

23.11.1996 r. grupa teatralna z Liceum Autonomicznego „Lingwista” wystawiła „Kopciuszka”. Wieczorem odbył się na plaży pokaz pirotechniczny, później balu ciąg dalszy, a dnia następnego - zajęcia w grupach, wspomnienia, piosenki i po obiedzie pożegnania.

Do zobaczenia w lipcu 1997 roku w Cieciorkie.

Anna Natęcz
Dział Dydaktyki AMG

STN - o co walczymy?

Studenckie Towarzystwo Naukowe jest, jak pewnie wiadomo większości Czytelników, organizacją zrzeszającą i koordynującą działalność Studenckich Kół Naukowych działających przy zakładach teoretycznych i klinikach naszej Akademii. Głównym celem istnienia STN jest umożliwienie ambitnym i pracowitym studentom prezentacji ich dokonań, a także ułatwienie kontaktu z młodymi ludźmi o podobnych zainteresowaniach tak w kraju, jak i zagranicą. Corocznie Walne Zgromadzenie STN wybiera nowy Zarząd, pełen pomysłów i planów, które jednak nigdy bez pomocy Akademii i jej studentów nie stałyby się realne. W tym roku tę grupę stanowią: Tomasz Stefaniak (IV L) ze SKN przy II Klinice Chirurgii jako przewodniczący oraz Dominika Bielińska (V L) ze SKN przy I Klinice Chorób Serca, Marek Draczyński (IV L) ze SKN przy II Klinice Chirurgii i Michał Wroczyński (III L) reprezentujący SKN Sieci Neuronowych i SKN przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii.

Plany nowego Zarządu są już w ogólnych zamierzeniach sprecyzowane, aczkolwiek zwracamy się do wszystkich zainteresowanych czymś więcej niż tylko „minimalizmem” studenckim z serdeczną prośbą o pomoc w realizacji naszych zamierzeń, tak w sferze idei, jak i materii.

Już w najbliższym czasie (styczeń) planujemy uzyskanie własnej gabloty w Budynku Zakładów Teoretycznych, dzięki której będziemy mogli bardziej bezpośrednio kontaktować się z zainteresowanymi studentami. Jej lokalizacja w budynku najczęściej odwiedzanym przez młodsze lata nie jest przypadkowa - dzięki temu młodzię oswoi się z ideą pracy naukowej i odważnie wkroczy w szeregi Kół, miejmy nadzieję już na I, II roku. Oderwie ich to od pewnego schematyzmu, w jaki mają tendencję popadać studenci pierwszych lat, sam zresztą pamiętam, ile satysfakcji dawały mi na początku II roku zetknięcia z „medycyną akcji”, jaką bez wątpienia jest chirurgia.

Druga sprawa, z którą chcemy dotrzeć do szerszych rzesz studentów to planowana także na styczeń wspólnie z Samorządem Studenckim edycja broszurki zawierającej najciekawsze i aktualne informacje dotyczące działalności tych dwóch organizacji. Jest to o tyle ważne, że terminy składania prac na konferencje są bardzo nagłe.

Chcielibyśmy także zorganizować wczesną wiosną tego roku jednodniowe sympozjum tematyczne, którego roboczy tytuł ustaliliśmy „Biotyka - transplantacje, inżynieria genetyczna itp.”. Mamy zamiar naświetlić ciekawą problematykę naukową wymienionych tematów, jak i zaznaczyć trudne aspekty etyczne z nimi związane. Wierzymy, że uda nam się powtórzyć niewątpliwą sukces konferencji „Seksualność a obyczajowość”.

W sferze planów pozostaje także organizacja letniego szkolenia w jednym z ośrodków wypoczynkowych na Kaszubach. Tego rodzaju wyjazdy są od wielu lat przeprowadzane w wielu uczelniach medycznych Europy. Zastanawiamy się nad potencjalną tematyką tego 7-10-dniowego spotkania. Liczymy, że nasze wysiłki w tej materii wspomogą wszyscy zainteresowani rozwojem naszej Akademii.

I oczywiście, „last, but not least” jak mówią Anglicy, planujemy przygotowanie corocznej, piątej już, Międzynarodowej Studenckiej Konferencji Naukowej, która na trwałe już zaistniała w scenerii trójmiejskiego życia naukowego. Przykładem ubiegłego roku mamy zamiar umieścić jej kalendarz w końcówce maja. Jest to niezaprzeczalnie największe i



Zarząd STN na rok akademicki 1996/97 stanowią: Dominika Bielińska oraz od lewej: Michał Wroczyński, Tomasz Stefaniak i Marek Draczyński. (fot. M. Wierzbowska)

najtrudniejsze pod względem organizacyjnym przedsięwzięcie w naszej kadencji, dlatego też wierzymy, że nie zabraknie ochotników, którzy pomogą nam przyjąć na nasze barki ten ciężar.

Nie chcemy jednak, by studenci myśleli tylko o nauce - chcemy zorganizować wspólnie z innymi organizacjami studenckimi (Samorząd, IFMSA, AISEC) imprezy, które zintegrują i pozwolą choć na chwilę odpocząć od trudów życia codziennego. Bal karnawałowy, koncerty czy wycieczki są w sferze planów - od aktywności studentów zależy tylko co, gdzie i kiedy stanie się faktem.

STN to nie martwy twór kogoś siedzącego wysoko - to vitalne, pełne inicjatywy zjawisko, stworzone po to, byśmy my, studenci, mogli po pierwsze zrozumieć po co studiuje, a po wtóre pokochać to. Brzmi to może patetycznie, ale do tego właśnie sprowadza się rola STN - wskazać odpowiednią drogę naukowego rozwoju, ugruntować POWOŁANIE, jedną z najpiękniejszych komponent naszego przyszłego zawodu. Ale... Nie czekajmy biernie na to, co przyniesie czas - postarajmy się sami coś stworzyć. Tym bardziej, że tworzymy to dla siebie.

Tomasz Stefaniak
IV L

Uwaga członkowie kół naukowych

dodatkowe zebranie organizacyjne dotyczące zasad przydziału funduszy na prace naukowe odbędzie się 15 stycznia o godz. 13.30 w klubie Medyk, pokój nr 3.

Osoby, którym ww. termin nie odpowiada, mogą zasięgać informacji na ten temat w czasie dyżurów Zarządu, w każdą środę od 13.30 do 15.00

TOWARZYSTWA

Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 3 stycznia o godz. 10.00 do sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, ul. Smoluchowskiego 18. Porządek zebrania:

1. *Aspekty diagnostyczne badania układu odpornościowego cz. II* - dr A. Szolc, Laboratorium Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku
2. Sprawy bieżące
3. Firma HUMAN przedstawia swoją ofertę diagnostyczną

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne Oddział Morski w Gdańsku

informuje, że w dniu 8 stycznia o godz. 11.00 w sali im. Reichera odbędzie się posiedzenie naukowo-szkoleniowe z następującym porządkiem dziennym:

1. *Epidemiologia wyprysku kontaktowego w Polsce* - prof. E. Rudzki
2. *Możliwości zastosowania preparatu Zyrtec (cetyryryna) z punktu widzenia dermatologa* - prof. H. Szarmach i dr A. Wilkowska
3. Pokaz przypadków

Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych Regionalny Oddział Gdański oraz firma CIBA

zawiadamiają o zebraniu w dniu 15 stycznia o godz. 12.00 w sali I bankietowej hotelu „Heweliusz” w Gdańsku. W programie:

1. *Etiopatogeneza ostrych chorób naczyniowych mózgu u dzieci oraz ich następstwa* - dr med. E. Pilarska
2. *Esthesi-neuroblastoma - trudności diagnostyczne - przedstawienie przypadku* - dr med. M. Mazurkiewicz-Betdzińska
3. *Tegretol - omówienie formy CR* - lek. med. E. Kowalczyk-Zieleniec

Gdańskie Towarzystwo Naukowe oraz Gdańskie Oddziały Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego Polskiego Towarzystwa Anatomicznego

zapraszają na wykład, który odbędzie się 17 stycznia o godz. 12.15 w sali im. prof. Hillera w budynku Zakładów Teoretycznych AM w Gdańsku, ul. Dębinki 1.

Zastosowanie spektrometrii elektronowego rezonansu paramagnetycznego (EPR) w badaniu tkanki kostnej. Mierzenie krystaliczności, szybkości przebudowy oraz dozymetria spinowa - prof. K. Ostrowski (Warszawa)

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Oddział Gdański

zawiadamia, że 17 stycznia o godz. 10.00 w sali wykładowej Instytutu Płodnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul.

Kliniczna 1a odbędzie się posiedzenie szkoleniowo-naukowe. W programie:

1. *Diagnostyka prenatalna* - K. Preis, D. Wydra, M. Świątkowska-Freund
2. *Ewolucja postępowania w ciąży powikłanej cukrzycą, a przebieg ciąży i porodu oraz stan i losy noworodków* - A. Szczurowicz
3. *Profilaktyka i leczenie osteoporozy preparatem Ostram* - lek. med. J. Przybyłowski, firma MERCK

Oddziały Gdańskie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

zapraszają na zebranie szkoleniowe w dniu 17 stycznia o godz. 12.15 do sali im. Rydygiera. Temat:

Wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne Oddział Gdański

oraz Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska

zapraszają członków i sympatyków na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 21 stycznia o godz. 13.00 do sali wykładowej Nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG przy a1. Gen. J. Hallera 107. Program spotkania:

1. *Czy silikony można zaliczyć do substancji toksycznych?* - prof. J. Łukasiak, Katedra i Zakład Chemii Fizycznej, Pracownia Analizy Instrumentalnej
2. *Farmacja we Francji - studia i praca zawodowa* - J. Bojanowski, student V roku Wydziału Farmaceutycznego AMG

Polskie Towarzystwo Pediatryczne Oddział Gdański

w dniu 21 stycznia o godz. 11.15 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. M. Kopernika, ul. Nowe Ogrody 1/6 organizuje posiedzenie. Temat:

Interdyscyplinarna edukacja prozdrowotna, profilaktyka i postępowanie lecznicze w caries praecox - dr hab. B. Adamowicz-Klepalska, Zakład Stomatologii Dziecięcej AMG.

Przewidziane są wystąpienia firm farmaceutycznych Zeneca i Polfa Kutno.

Konferencja kliniczna Instytutu Chorób Wewnętrznych

odbędzie się 22 stycznia godz. 12.00-13.00 w sali im. Wszelakiego. Omawiane przypadki pochodzą z Kliniki Chorób Zakaźnych.

1. *Podostre stwardniające zapalenie mózgu* - lek. med. M. Kowalik
2. *Ostra choroba retrowirusowa - aktualny problem diagnostyczny* - dr med. M. Lemańska



KADRY AMG**1.11. - 30.11.1996**

Funkcję kierowniczą po raz pierwszy objęli:

prof. dr hab. Leszek Zaborski - Dyrektor Instytutu Medycyny Społecznej od 1.09.96 r.

prof. dr hab. Jerzy Rogulski - Kierownik Zakładu Analityki Klinicznej od dnia 1.10.96 r.

prof. dr hab. Jacek Jassem - Dyrektor Instytutu Radiologii i Radioterapii od dnia 1.09.96 r.

dr med. Anna Kobierska - Zastępca Dyrektora Instytutu Radiologii i Radioterapii od dnia 1.09.96 r.

prof. dr hab. Andrzej Hellmann - Dyrektor Instytutu Chorób Wewnętrznych od dnia 1.09.96 r.

dr hab. Jacek Manitiusz, prof. nzw. - Zastępca Dyrektora Instytutu Chorób Wewnętrznych od dnia 1.09.96 r.

Tytuł profesora nauk medycznych otrzymali:

dr hab. med. Janusz Moryś

dr hab. med. Jolanta Myśliwska,
prof. nzw.

Na stanowisko adiunkta awansowali:

dr n. med. Hanna Bielarczyk

dr med. Leszek Bieniaszewski

dr med. Jarosław Furmański

dr med. Grażyna Kotlarz

dr med. Dariusz Lautenbach

dr med. Marek Przeździak

dr med. Renata Zaucha

Na stanowisko asystenta awansowali:

lek. med. Maciej Jankowski

mgr biol. Joanna Karbowska

mgr psych. Katarzyna Nowicka-Sauer

Jubileusz 40-letniej pracy w AMG obchodzą:

40 lat

dr med. Maria Urbanowicz

30 lat

dr hab. n. med. Kazimierz Krajka,
prof. nzw.

25 lat

dr farm. Jacek Teodorczyk

20 lat

Kazimiera Grabowska

Anna Remiszewska

Z Uczelni odeszli:

lek. med. Andrzej Baranowski

lek. med. Piotr Buczkowski

lek. med. Grzegorz Rafał

lek. med. Maciej Smoczyński

KADRY PSK 1**1.11. - 30.11.1996**

Konkurs na Pielęgniarkę Przetożoną Klinik Chorób Wewnętrznych wygrała Pani **Bogumiła Grzegorek**.

Jubileusz 40-letniej pracy w PSK nr 1 obchodzą:

40 lat

Irena Gorwa

Lucyna Kononowicz

35 lat

Ludwika Banecka

Stefania Kędzierska

30 lat

Marianna Kolbusz

Halina Mikołajczyk

25 lat

Ewa Fijałkowska

Maria Gajtka

Halina Gradus

Zofia Nowak

Renata Rotkiewicz-Woźniak

Janina Socha

Kazimiera Wiercińska

Agnieszka Zamiejska

20 lat

Ewa Deręgowska

Alicja Dobrowolska

Alicja Grab

Barbara Kościecha

Zdzisław Kottun

Barbara Kornacka

Elżbieta Kowalewska

Bernadeta Sikora

Grażyna Trzcińska

Teresa Walentynowicz

Halina Wolak

Na emeryturę przeszły:

Marianna Kolbusz

Grażyna Nowicka

Przeczytane...

... Szara rzeczywistość życia i upływający czas, skłaniają do szukania i odnawiania wspomnień.

... Urok przeszłości zyskuje na sile w miarę jak się od niej oddalamy.

Publius Cornelius Tacitus (55-120)

... Wspomnienia są dla umysłu narkotykiem, który daje momenty rozkoszy i upojenia, ale jak każdy narkotyk osłabia siły twórcze, żywe jeszcze w organizmie ...

Ludwik H. Morstin (1886-1966)

Wspomnienia - czy ważne są dla kogoś jeszcze, oprócz tego, kto wspomina?

Ewa Szelburg-Zarembina (1899-1992)

wyboru myśli dokonał prof. Romuald Sztaba



ze str. 32

Trzecia Letnia Szkoła Biotechnologii była sukcesem zarówno organizatorów jak i studentów. Poza nauką były liczne atrakcje w postaci wspólnych wieczornych imprez, koncertów w wykonaniu muzyków z Filharmonii Bałtyckiej, zabaw i kończącego Szkołę ogniska sponsorowanego przez firmę Beckman i Browary Elbląskie. W czasie weekendu zorganizowano dla gości wycieczki do Malborka, Gniewu, Złotej Lipki. Po raz kolejny duże zaangażowanie organizatorów oraz studentów Wydziału Biotechnologii zaowocowało udaną imprezą łączącą interesujący program naukowy ze wspaniałym wypoczynkiem w jednej z najpiękniejszych okolic Polski.

Z każdym rokiem rośnie ilość uczestników Letniej Szkoły Biotechnologii i poszerza się oferta dydaktyczna. W tym

roku po raz pierwszy w Szkole uczestniczyli także studenci zagraniczni. Jesteśmy przekonani, że udział w Szkole studentów spoza Polski stwarza lepsze warunki do dalszej współpracy i ewentualnego tworzenia wspólnych programów dydaktycznych i badawczych. Coraz lepiej znana i ciesząca się uznaniem w Polsce i za granicą inicjatywa Gdańskich Letnich Szkół Biotechnologii staje się jednym z czynników pozytywnie wpływających na integrację polskiego środowiska biotechnologicznego, a także promujących go w świecie. Część wykładów zagranicznych już teraz planuje przyjazd do Czwartej Letniej Szkoły Biotechnologii w 1997 roku..

Prodziekan Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-AMG
dr hab. Ewa Łojkowska, prof. UG

Letnia Szkoła Biotechnologii - STEGNA 1996

W dniach od 16 do 29 czerwca 1996 roku odbyła się w Stegnej koło Krynicy Morskiej Trzecia Letnia Szkoła Biotechnologii (3rd Biotechnology Summer School) zorganizowana przez Katedrę Biotechnologii, Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Akademii Medycznej w Gdańsku. Idea Szkół Letnich wywodzi się z chęci zorganizowania studentom Biotechnologii trzeciego, letniego semestru nauki. W Szkole uczestniczyło 80 studentów trzech roczników Wydziału Biotechnologii oraz 46 studentów, doktorantów i młodych pracowników naukowych z innych ośrodków naukowych.

Pierwsza Letnia Szkoła Biotechnologii odbyła się w lipcu 1994 roku w Wildzie pod Warszawą. Wówczas w Szkole wzięło udział 60 studentów (30 z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii w Gdańsku i 30 z innych polskich ośrodków naukowych). Wykłady prowadziło 37 profesorów, bądź innych wybitnych specjalistów z różnych dziedzin biotechnologii z Polski (22 wykładowców) z USA (5), Anglii (3), Kanady (2) oraz z Francji, Litwy, Niemiec, Szwajcarii i Włoch po jednym wykładowcy. Druga Letnia Szkoła Biotechnologii zgromadziła 100 studentów (60 z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii w Gdańsku i 40 z innych polskich ośrodków naukowych). Wykłady prowadziło 64 profesorów, bądź innych wybitnych specjalistów z różnych dziedzin biotechnologii. Również i tym razem około 1/3 wykładowców przyjechała z zagranicy (USA - 10, Niemiec - 5, Francji - 3, Wielkiej Brytanii - 3, Węgier - 1, Danii - 1).

W Trzeciej Letniej Szkole Biotechnologii wzięło udział 80 studentów z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii w Gdańsku, 9 doktorantów ze Środowiskowego Studium Doktoranckiego w Gdańsku, 31 studentów i młodych pracowników z innych ośrodków polskich oraz 6 studentów zagranicznych (USA, Niemcy, Finlandia, Litwa), w sumie było więc 126 słuchaczy. Wykłady prowadziło 56 naukowców i nauczycieli akademickich, prawie 50% stanowili wykładowcy zagraniczni (po 8 z USA i Niemiec, 5 z Francji, 3 z Wielkiej Brytanii i po jednym z Indii, Norwegii i Szwajcarii). Przeprowadzono 120 godzin wykładów, w godzinach przedpołudniowych równolegle odbywały się wykłady dla



studentów I roku i studentów zaawansowanych. W godzinach popołudniowych odbywały się wykłady i seminaria dla wszystkich uczestników Szkoły. Wykłady przedpołudniowe dla zaawansowanych i zajęcia popołudniowe w 80% prowadzone były w języku angielskim.

Zakres tematyczny Trzeciej Letniej Szkoły Biotechnologii był bardzo szeroki i obejmował problematykę natury ogólnej: społeczne i prawne aspekty biotechnologii, regulacje prawne dotyczące biotechnologii w Polsce i w Europie, filozofię nauki, ochronę różnorodności biologicznej oraz problematykę bardzo specjalistyczną. Prezentowano wykłady na temat regulacji ekspresji genów u Prokaryota i Eukaryota, białek wiążących RNA, wektorów plazmidowych i replikacji plazmidów, amplifikacji genów, odwróconych sekwencji DNA itp. Omawiane były podstawy genetyki człowieka, projekt sekwencjonowania genu ludzkiego, a także techniki molekularne, które stwarzają perspektywy efektywniejszego leczenia chorób nowotworowych i genetycznych w przyszłości. Szereg wykładów dotyczyło zastosowania biologii molekularnej w nowoczesnej diagnostyce i terapii medycznej oraz zastosowania przeciwciał w immunoterapii nowotworów. Omawiano także zastosowanie metod molekularnych w diagnostyce patogenów zwierząt i roślin. Tematyka biotechnologiczna obejmowała różne zagadnienia, jak np.: produkcja antybiotyków i przeciwciał, hodowla mikroorganizmów w bioreaktorach, przenoszenie skali czy zagadnienia rachunku ekonomicznego przy planowaniu określonego typu procesów biotechnologicznych. Wykłady obejmowały także tematykę dotyczącą zastosowania mikroorganizmów jako narzędzia do produkcji

żywności i enzymów w przemyśle i w rolnictwie. Omawiano metody wytwarzania roślin transgenicznych pozwalających na wytwarzanie wysokiej jakości żywności i wykazujących wysoką odporność na patogeny i szkodliwe czynniki środowiskowe.

Wśród wykładowców zagranicznych zaproszonych do uczestnictwa w Szkole byli ludzie wykształceni w Polsce, którzy tu zdobywali swoje pierwsze stopnie naukowe, a obecnie mieszkają i pracują w USA: prof., prof. Wacław Szybalski, Waldemar Dębiński, Marek Kimmel, Marcin Filutowicz i dr hab. Wojciech Kaniewski. Część z osób wymienionych powyżej, a także inni (prof. Józef Bujarski, dr Teresa Brodniewicz, dr Zbigniew Proba) uczestniczyła w poprzednich Szkołach, stały się one dla nich jedną z możliwości odnowienia kontaktów z krajem, a dla uczestniczących w Szkole studentów była to szansa bezpośredniego poznania i nawiązania kontaktów z bardzo życzliwymi im profesorami polskiego pochodzenia. W tegorocznej Szkole również uczestniczyli naukowcy współpracujący z pracownikami naszego Wydziału w ramach Programu Tempus (dr Pauline Rudd z University of Oxford, dr William Ashraf i dr Nigel Lindsey z University of Bradford, dr Corinne Dorel-Flamant, dr Nicole Hugou-vieux-Cotte-Pattat, dr Sylvie Reverchon-Pescheau i dr Olga Macovschi z Institut National des Sciences Appliquées z Lyonu).

Podobnie jak w roku ubiegłym sponsorami Szkoły były firmy: Beckman Instruments International SA. i Promega Corporation. Organizacja Szkoły była możliwa także dzięki realizowanemu przez Wydział Biotechnologii projektowi Tempus-PHARE S-JEP o7191-94. W roku 1996 uzyskaliśmy także dofinansowanie Szkoły z str. 31 KBN.